1928 Fasc. 52

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

diretta dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Volume XXXV — Anno 1928

ROMA

N. 14 — Via Sistina — N. 14

1928

Collaboratori effettivi della Sezione Pratica per il 1928.

Adorjan dott. Giuseppe E. - Modena.
Agostini dott. Marcello - Roma.
Alessandri prof. Roberto - Roma.
Alessandrini prof. Alessandro - Roma.
Angelelli dott. Onofrio - Pisa.
Antonioli dott. G. M. - Torino.
Artom dott. Mario - Novara.
Ascoli dott. Manfredo - Roma.
Ascoli dott. Ruggero - Milano.
Ascoli prof. Vittorio - Roma.
Atzeni Tedesco dott. Plinio - Cagliari.
Auler dott. Hans - Berlino.
Avoni dott. Aldo - Bologna.
Bacci dott. Vittorio - Pistoia.
Baggio prof. Gino - Cagliari.
Baldari dott.a Libera - Roma.
Balduzzi dott. Attilio - Alghero.
Barbanti Brodano dott. Abelardo - Bologna.
Barbera dott. Giuseppe - Roma.
Barcaroli dott. Italo - Ancona.
Bilancioni prof. Guglielmo - Pisa.
Bioglio dott. Mario - Roma.
Bossa dott. Guido - Napoli.
Bottos dott. Rino - Portogruaro.
Brancati prof. Raffaele - Roma.
Breccia prof. Gioacchino - Genova.
Brendolan dott. Gile - Montecchio Maggiore.
Buonomo La Rossa prof. Francesco - Napoli.
Bussalay prof. Enrico - Nuoro.
Buttini dott. Umberto - Pontremoli.
Cacioppo dott. Luigi - Palermo.
Canale dott. Piero - Firenze.
Cancrini dott. Bernardo - Teramo.
Cantieri prof. Collatino - Pistoia.
Capuani dott. Gian Franco - Bergamo.
Carezzano dott. Paolo - Alessandria.
Carnelli dott. Riccardo - Modigliana.
Caroli dott. A. - Siena.
Carusi dott. Renzo - Roma.
Cascio Rocca dott. Giuseppe - Palermo.
Cassuto prof. Augusto - Roma.
Castagna dott. Pietrino - Roma.
Castellana dott. Salvatore - Palma Montechiaro.
Castiglioni prof. Arturo - Pavia.
Cattaneo dott. Attilio - La Spezia.
Caucci prof. Alberto - Ancona.
Cecchetelli dott. Tullio - Roma.
Ceni prof. Carlo - Cagliari.
Cevario prof. Luigi - Riva sul Garda.
Chiabrera dott. Giorgio - Boscomarengo.
Chiasserini prof. Angelo - Venezia.
Chistoni prof. Alfredo - Parma.
Ciancio dott. Nicola - Rio de Janeiro.
Cioffi dott. Alfredo - Marina di Vietri sul Mare.
Cipriani prof. Carlo - Torino.
Clara dott. Pilade - Rivolta d'Adda.
Coen dott. Vittorio - Roma.
Collica prof. Ignazio - Palermo.
Collina dott. Mario - Roma.
Condorelli prof. Luigi - Napoli.
Costantini dott. Paolo - Gallarate.
Cozzoli dott. Giulio - Chieti.
D'Alessandro prof. Franco - Bergamo.
Dal Pozzo dott. Gabriele - Torino.
D'Aroma dott. Alessandro - Roma.
Da Villa dott. Felice Camillo - Meretto di Tomba.
De Chiara dott. Domenico - Roma.
De Blasi prof. Dante - Napoli.
De Lorentiis dott. P. - Lecce.
De Nigris dott. Giovanni - Bologna.
De Vecchi dott. Gino - Paullo Milanese.
Diez prof. Salvatore - Roma.
Di Leonardo dott. Biagio - Palermo.
Di Rorai dott. Mario - Roma.
Donini dott. Francesco-Maria - Pergine.
Dori dott. Luigi - Porto Said.
Doria dott. Raimondo - Roma.
Dotti dott. Pietro - Bologna.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Dubinsky dott. Alessandro - Roma.
Enrico dott. Cesare - Roma.
Esposito dott. Alessandro - Pavia.
Ettorre prof. Enrico - Milano.
Faberi dott. Mario - Roma.
Ferreri prof. Giorgio - Roma.
Ferretti dott. Lorenzo - Roma.
Ferretti prof. Tito - Roma.
Filippa dott. C. - Roma.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Fiorentini dott. Augusto - Roma.
Flamini prof. Mario - Roma.
Fornara dott. Piero - Novara.
Galatà prof. Guglielmo - Roma.
Gallenga prof. Pietro - Roma.
Galli dott. Paolo - Faenza.
Garberini dott. Giuseppe - Marcellina.
Garrone dott. Enrico - Roma.
Gasparini dott. Antonio - Padova.
Genoese prof. Giovanni - Roma.
Ghiron prof. Mario - Roma.
Ghiron prof. Vittorio - Roma.
Giacomelli prof. Giuseppe - Livorno.
Giani dott. Emilio - Asso.
Giannuli prof. Francesco - Roma.
Giauni dott. Gino - Genova.
Gori dott. Giuseppe - Arezzo.
Gorini prof. Costantino - Milano.
Gosio dott. Renato - Roma.
Grifi dott. Filippo - Firenze.
Kraus dott. Amedeo - Mirandola.
Kurz dott. Giacomo - Volosca.
Iotti dott. Gino - Reggio Emilia.
Isidori dott. Tommaso - Fara Sabina.
Jezzoni dott. Ciro - Borgo S. Siro.
Jura prof. Vincenzo - Roma.
La Face prof.a Lidia - Roma.
Lama dott. Angelo - Bologna.
Lapenna dott. Marino - Belluno.
Laurenti prof. Temistocle - Roma.
Leinati dott. Fausto - Roma.
Locatelli dott. G - Sedico.
Lolli dott. Emilio - Ferrara.
Lozzi dott. Vincenzo - Roma.
Lucherini prof. Tomaso - Roma.
Lucri dott. Tito - La Spezia.
Lusena prof. Gustavo - Genova.
Lusena dott. Renato - Roma.
Macaggi prof. Gio. Battista - Genova.
Macchiarella dott. Biagio - Palermo.
Magnani dott. Francesco - Mantova.
Mammana dott. Giuseppe - Cairo d'Egitto.
Mancioli prof. Tommaso - Roma.
Mangione dott. Giovanni - Vittoria.
Manna prof. Arturo - Roma.
Mariotti-Bianchi prof. G. B. - Roma.
Martino dott. G. - Messina.
Marzo dott. Nunzio - Roma.
Masci prof. Bernardino - Roma.
Matarese dott. V. -Roma.
Mazzetti dott. Mario - Roma.
Mazzolani dott. Domenico - Tripoli.
Melli dott. Guido - Firenze.
Meldolesi prof. Gino - Roma.
Mendel dott. Bruno - Berlino.
Mendes prof. Guido - Roma.
Merighi dott. Guido - S. Alberto di Ravenna.
Mezzatesta prof. Francesco - Roma.
Milani prof. Eugenio - Perugia.
Mingazzini prof. Ermanno - Roma.
Mingazzini prof. Giovanni - Roma.
Monacelli dott. M. - Roma.
Montanari prof. Arrigo - Ancona.
Monteleone prof. Remo - Roma.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Moor dott.a Elisabetta - Roma.
Motta dott. Roberto - Roma.
Mucci dott. Antonio - Roma.
Nastasi dott. Antonino - Roma.
Niccolini dott. P. M. - Firenze.
Ottolenghi prof. Donato - Bologna.
Palmieri dott. Ettore - Firenze.
Pampana dott. Emilio J. - Roma.
Pancrazio dott. Francesco - Padova.
Pappalardo dott. Concetto - Catania.
Parlavecchio dott. Alfredo - Roma.
Pazzi prof. Ermanno - Roma.
Persichetti dott. Edmondo - Roma.
Perussia prof. Francesco - Milano.
Petragnani prof. Gianni - Cagliari.
Piccinelli dott. Amedeo - Piperno.
Pieri prof. Gino - Belluno.
Piperno prof. Arrigo - Roma.
Pisenti prof. Gustavo - Perugia.
Pollitzer prof. Renato - Roma.
Pontano prof. Tommaso - Roma.
Ponzi dott. Ettore - Parma.
Pozzi dott. Arnaldo - Roma.
Pozzo dott. Antonio - Udine.
Provera dott. Cesare - Intra.
Puleo dott. Giuseppe - Bivona.
Puntoni prof. Vittorio - Roma.
Quaranta dott. Luigi - Bari.
Quarella prof. B. - Torino.
Raffaele dott. Giulio - Roma.
Raffo dott. - Genova.
Ramorino dott. Camillo - Firenze.
Ravasi dott. Raffaele - Soresina.
Reitani dott. Ugo - Alessandria.
Revoltella prof. Giovanni - Bari.
Ribolla dott. Romolo - Roma.
Riccardi dott. Francesco - Roma.
Ricci dott. Flaminio - Roma.
Ricci dott. Francesco - Pavia.
Riccioli dott. Ernesto - Firenze.
Roncalli dott. E. - Trieste.
Roselli prof. Romeo - Roma.
Rossi dott. C. - Bari.
Rossi dott. Pier Giuseppe - Torino.
Sabatini prof. Giuseppe - Sassari.
Sabatucci dott. Mario - Roma.
Sabatucci dott. Riccardo - Roma.
Sacco dott. Rosario - Catanzaro.
Salaghi prof. Mariano - Firenze.
Salerni dott. Aldo - Cuasso al Monte.
Salvetti dott. G. - Torino.
Sampietro prof. Gaetano - Roma.
Santucci dott. Aleardo - Montevarchi.
Sartorelli dott. Emilio - Udine.
Sbrozzi prof. Marcello - Fano.
Scandurra dott. Salvatore - Roma.
Schiassi prof. Francesco - Bologna.
Scudero dott. Cherubino - Palermo.
Selvaggi avv. Giovanni - Roma.
Sgrilli dott.sa Gemma - Roma.
Silvagni dott. Mario - Roma.
Sorge dott. Giuseppe - Catania.
Speciale dott. Francesco - Palermo.
Stefanini dott. P. - Roma.
Stipa dott. Francesco - Roma.
Sussie dott. Luigi - Gorizia
Taddei prof. Domenico - Pisa.
Tanzi dott. Luigi - Sant'Omero.
Tegoni dott. Giulio - Roma.
Tinozzi dott Francesco Paolo - Berlino.
Tonelli dott. Lanfranco - Roma.
Tonietti dott. Francesco - Roma.
Tonnini dott. Luigi - Cupramontana.
Torelli dott. Gastone - Asso.
Toscano dott. Carmelo - Roma.
Traina prof. Salvatore - Pisa.
Trenti prof. Enrico - Roma.
Tripputi dott. V. - Bari.
Troscarelli dott. Alberto - Torino.
Urbani dott. Lucio - Roma.
Valagussa prof. Francesco - Roma.
Valdoni dott. Pietro - Roma.
Valentini dott. Agenore - San Severino Marche.
Venezian dott. Edmondo - Roma.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Vicentini dott. Francesco - Roma.
Villata dott. Gio. Battista - Torino.
Zanetti dott. Giovanni - Brescello
Zucchi dott. Gaetano - Milano.

INDICE GENERALE (*)

VOLUME XXXV - 1928

Indice per rubrica

LAVORI ORIGINALI.

NOTE E CONTRIBUTI.

(*) Avvertiamo che le pagine di testo sono numerate in ordine progressivo con le pagine di pubblicità intercalate.

Parecchi giornali medici italiani, sopratutto quelli a forte tiratura, sono stati costretti come il nostro a questa disposizione dall'Amministrazione delle Poste.

Avevamo tentato di rimediarvi, numerando in calce le pagine del testo. Tale numerazione speciale è stata fatta dal N. 3 al N. 25; ma poi ci è stata impedita.

Quindi non ne abbiamo tenuto conto nel compilare l'indice generale. Ci siamo attenuti, invece, per tutta l'annata, alla numerazione posta in testa delle pagine, che comprende le pagine pubblicitarie.

Se le pagine pubblicitarie verranno eliminate (come suole praticarsi nel far rilegare le annate in volumi), la numerazione risulterà discontinua, molte pagine sembreranno mancanti cioè nel testo.

Chiediamo venia ai lettori di questo grave inconveniente, reso necessario per le esigenze postali.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

DALLA PRATICA CORRENTE.

TECNICA.
STRUMENTI ED APPARECCHI NUOVI.

IGIENE. MEDICINA SOCIALE.

STORIA DELLA MEDICINA.

DISSERTAZIONI. CONFERENZE.
PROLUSIONI. LEZIONI CLINICHE.

RIVISTE SINTETICHE.

QUESTIONI DI ATTUALITÀ.

COMMENTI.

ACCADEMIE. SOCIETÀ. CONGRESSI, ECC.

BIOGRAFIE. PROFILI. NECROLOGIE.

Indice alfabetico delle Materie

B

C

F

G

J

K

L

P

R

T

U

V

Indice alfabetico degli autori italiani e dei collaboratori

D

Q R

S T

"Il Policlinico„ Sezione Medica e Sezione Chirurgica

Affinchè i Medici possano apprezzare l'importanza delle Memorie originali che vengono accolte nelle nostre *Sezioni Medica e Chirurgica*, riportiamo l'indice alfabetico delle memorie stesse pubblicate nell'anno 1928.

Sezione Medica del « POLICLINICO »

MEMORIE ORIGINALI.

RIVISTE SINTETICHE.

Sezione Chirurgica del « POLICLINICO »

LAVORI ORIGINALI.

RIVISTE SINTETICHE.

ANNO XXXV Roma, 9 Gennaio 1928 Fasc. 1

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

Per l'anno 1928.

Ai Medici italiani,

Per 34 anni, il **Policlinico**, *fondato su salde basi e fermo nelle direttive della vera clinica, ha potuto mantenere una fisionomia sua propria. Superate tutte le difficoltà dei tempi della guerra e del dopo guerra, ha ripreso con vigore la via del suo avvenire.*

Nel decorso anno le sezioni mensili, **medica** *e* **chirurgica**, *veri archivi della produzione clinica nazionale, si sono ampliate per un numero molto maggiore di pagine e si sono arricchite di tavole.*

Anche la sezione **pratica** *settimanale ha potuto dare più largo sviluppo alle sue molteplici rubriche, nelle quali il lettore sa di trovare a colpo sicuro quanto gli interessa di scienze biologiche, di casistica clinica, di terapia, di norme legali che regolano i suoi rapporti, di nuovi sviluppi amministrativi, di notizie sul personale medico italiano e straniero.*

Gli archivi mensili e la sezione pratica costituiscono un insieme, ch'è sufficiente per soddisfare il sempre vivo desiderio del medico italiano di perfezionarsi nella coltura, nella pratica, nello spirito. E però egli ha nel **Policlinico**, *il* **suo giornale**.

Mentre salutiamo il nascere e il fiorire di buoni periodici medici, non abbiamo motivo di cambiare il nostro indirizzo che ci tiene lontani dalle frasi pompose e dagli esclusivismi di scuola, volti come siamo soltanto alla sana clinica, all'onesta tutela degli interessi generali e a quell'elevazione morale che distingue la nostra dalle altre professioni.

Perchè sempre meglio possiamo raggiungere simili intenti, volgiamo calda preghiera a tutti i nostri bravi collaboratori, delle sezioni mensili e della sezione pratica, di volere mantenersi brevi, di esporre nettamente, chiaramente, quanto è frutto dei loro studî e della loro esperienza, senza troppo divagare in ricordi storici o in esplicazioni dottrinali, e senza l'ossessione di documentare ogni cosa. È nello stile dell'epoca andare diritti allo scopo.

Le memorie concepite e scritte in tal modo sono più lette, più apprezzate, meno ingombranti per il giornale: noi potremo contentare maggior numero di autori ed evitare le lunghe soste dei lavori in redazione. Rifiuteremo pertanto o ridurremo i lavori che non rispondano a tali requisiti. Il sacrificio singolo sarà largamente compensato dal vantaggio generale.

Dal canto nostro, mentre ringraziamo l'amministrazione di avere ridotto il prezzo di abbonamento, assicuriamo di aver preso ogni misura perchè il giornale sia meglio aggiornato, rapidamente esponga il meglio che nel mondo si viene producendo nella scienza e nella pratica clinica, e sollecitamente informi di quanto può interessare sotto ogni rapporto. I corrispondenti che abbiamo scelto in ogni centro di coltura italiana completano il carattere prettamente nazionale del **Policlinico**. *Abbiamo anche escogitato i mezzi per ottenere di fatto una maggiore copia di riviste sintetiche e di lezioni dei nostri migliori clinici, d'ogni scuola, che non ha avuto fin'ora lo sviluppo da noi vivamente auspicato.*

Sicuri nella coscienza di avere con lena, e con passione di bene, lavorato per il vantaggio e per la dignità della medicina italiana, porgiamo saluti e grazie ai nostri fedeli abbonati, e sollecitiamo la cooperazione degli studiosi italiani, per soddisfare la nostra ambizione che il **Policlinico** *spanda da Roma per l'Italia e il mondo la luce di verità e l'ideale che sorge dalle rinnovate energie della Patria.*

LA REDAZIONE

Gli anni di vita del "**POLICLINICO**" sono ormai tanto numerosi, che essi soli dovrebbero essere sufficienti ad infondere nell'animo dei medici quel senso di stima e di fiducia, proprie di un giornale scientifico serio.

L'Amministrazione perciò avrebbe potuto esimersi dal rivolgersi anche quest'anno, come usa annualmente, ai suoi lettori per tornare a ripetere, in fine, quanto essa ha fatto e quanto si propone di fare.

Deve il "**POLICLINICO**", con il suo passato, fare ancora ciò?

Quest'anno l'Amministrazione, dopo le parole della Redazione, aveva pensato senz'altro di tacere, sicura che non per ciò gli abbonati avrebbero disertato; ma poi, sapendo che i lettori del "**POLICLINICO**" attendono le sue parole di fine d'anno, non tanto per il contenuto, quanto perchè sentono in esse il personale saluto, fatto di ringraziamento e di augurio, anche quest'anno ha deciso di non venir meno alla consuetudine.

Ma anzichè dire parole, porta fatti: La diminuzione del prezzo di abbonamento è la miglior prova del senso di sacrificio che ha sempre animato ed anima il "**POLICLINICO**".

Forse la diminuzione di per sè può sembrare esigua, ma basterà tener presente il grande numero degli abbonati al "**POLICLINICO**" per valutare il grave onere impostosi dall'Amministrazione. Questa, ciò non ostante, si impegna di mantenere il "**POLICLINICO**" uno dei migliori giornali medici italiani e, nel medesimo tempo, il più a buon mercato fra quelli maggiormente accreditati.

Che tali pregi siano posseduti di già dal "**POLICLINICO**", lo dimostra il fatto che raramente i suoi abbonati se ne allontanano, ed anzi, con orgoglio, possiamo affermare che qualcuno dei pochissimi che lo aveva lasciato, dopo appena un anno è tornato nella nostra famiglia, pentito della decisione presa e chiedendo anche l'invio dei Numeri dell'annata interrotta.

Nè è da dimenticare un merito intrinseco del nostro Giornale: tutte le sue colonne, le quali per i caratteri tipografici adoperati, racchiudono un materiale efficiente, sono destinate esclusivamente al testo, senza che in calce a nessuna di esse si riscontrino avvisi a pagamento. Ciò non si verifica neppure nella rubrica "Notiziario", dove, forse, potrebbe anche essere consentito.

I medici Italiani vorranno, ne siamo certi, tener presente tutto ciò e continuarci il loro valido consenso.

L'EDITORE

ABBONAMENTI AL "POLICLINICO" PER IL 1928

	ITALIA	ESTERO
Singoli:		
(1) Alla sola Sezione pratica (settimanale)	Lire 65	Lire 105
(1a) Alla sola Sezione medica (mensile)	Lire 40	Lire 55
(1b) Alla sola Sezione chirurgica (mensile)	Lire 40	Lire 55
Cumulativi:		
(2) Alle due Sezioni (pratica e medica)	Lire 95	Lire 150
(3) Alle due Sezioni (pratica e chirurgica)	Lire 95	Lire 150
(4) Alle tre Sezioni (pratica, medica e chirurgica)	Lire 115	Lire 180

N. B. - **Del vaglia postale inviato in saldo dell'abbonamento, deve conservarsi la relativa ricevuta.**

N. B. — Tutti coloro che ci faranno tenere entro il corrente mese, l'intero importo del proprio abbonamento pel 1928, potranno, coll'aggiunta di sole . . . . Lire 8

ricevere, a loro scelta, UNO dei due volumi indicati qui sotto alle lettere *a*) e *b*):

a) **LA CLINICA DELLA ADESIONE PERICARDICA** (*Fibrechia del cuore*) **NELL'ASPETTO SUO DIAGNOSTICO.** (Prof. G. L. SACCONAGHI) . . prezzo di copertina L. 20

b) **LA LEGISLAZIONE SANITARIA IN RAPPORTO ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE.** (Dott. ALBERTO VIGO - *doctor Justitia*) . . . . » » » 16

e coll'aggiunta di sole . . . . Lire 6

ricevere, a loro scelta, UNO degli altri tre volumi indicati alle lettere *c*) *d*) *e*):

c) **L'IMPORTANZA DELLE PARATIROIDI SECONDO LE ODIERNE VEDUTE.** (dott. VITTORIO GHIRON) . . . . prezzo di copertina L. 14

d) **LA MODERNA LOTTA CONTRO LE MALATTIE SESSUALI.** (Dr. F. TRAVAGLI) » » » 10

e) **DEI MEDICI FUTURI.** (AUGUSTO MURRI) . . . . » » » 8

Avvertenza. — *Questa eccezionale riduzione è riservata esclusivamente a coloro che faranno direttamente capo alla nostra Amministrazione e non già a traverso commissionari.*

L'AMMINISTRAZIONE.

(*) *È consentito però di richiedere anche tutte e tre le predette Monografie. Chi le desidera ne accresca il rispettivo ammontare in ragione di 6 Lire ciascuna.*

N. B. - Indirizzare i Vaglia Postali o gli assegni Bancari (questi debbono essere pagabili in Roma) all'Editore LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA.

Per gli abbonamenti cumulativi alle nostre Riviste di branche speciali con "Il Policlinico", vedere alla pag. 41 e 42 di questo fascicolo.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI FISIOLOGIA DELLA R. UNIV. DI MESSINA
diretto dal Prof. G. AMANTEA.

Sulla possibile utilizzazione di recenti dati sperimentali per la diagnosi di occlusione del dotto pancreatico

del dott. G. MARTINO, aiuto.

Intendiamo riassumere quì brevemente i risultati di alcune nostre ricerche sperimentali, dai quali ci sembra che possa derivare una pratica applicazione diagnostica.

Essendoci proposti in una prima serie di indagini (1) di tentare l'estrazione dell'insulina eventualmente presente nel succo pancreatico di cane, abbiamo invece, contrariamente a quanto dapprima ci aspettavamo, ottenuto da esso, con l'impiego di uno dei comuni metodi in uso per l'estrazione dell'insulina dal pancreas (metodo di Sordelli e Deulofeu) una sostanza capace di elevare nel coniglio il contenuto in glicosio del sangue. Opportune prove di controllo, eseguite invece con l'identico metodo sul pancreas di cani normali, permisero anche a noi, come ai precedenti autori che dello stesso metodo si erano serviti, l'estrazione di una sostanza esclusivamente e nettamente ipoglicemizzante. Tutte le successive esperienze sul succo pancreatico confermarono il risultato suaccennato. Inoltre la sostanza iperglicemizzante da esso ricavata risultò particolarmente resistente all'azione degli stessi enzimi pancreatici; chiusa in fiale di vetro saldate alla fiamma, dimostrò di avere conservato inalterata la sua azione ancora dopo 51 giorni; risultò attiva, per iniezione sottocutanea, anche alla dose di un decimo di milligrammo, in conigli di kgr. due.

Ancora si vide, che questa sostanza iperglicemizzante, dal primo secreto pancreatico raccolto all'inizio della rialimentazione dopo alcuni giorni di digiuno postoperatorio, si otteneva in quantità molto più rilevante (50-80 volte maggiore), che dal succo poi eliminato in periodo di rialimentazione avanzata; e che inoltre dal pancreas di cani normali sacrificati dopo un digiuno completo di 3-5 giorni si otteneva con lo stesso metodo, contrariamente al risultato delle prove eseguite su pancreas di cani normali alimentati, una sostanza (anche quì in quantità relativamente molto abbondante), che presentava, rispetto all'azione sul tasso glicemico del coniglio, lo stesso comportamento di quella estratta dal succo pancreatico. Ne derivava evidentemente come molto probabile l'ipotesi, che durante il digiuno, cioè durante la sospensione della secrezione esterna del pancreas, si verificasse nell'organo stesso un accumulo della sostanza iperglicemizzante, così che poi questa potesse passare in quantità relativamente grande nel primo succo pancreatico, eliminato allo inizio della rialimentazione dopo un periodo di digiuno.

Si potè accertare infine che la stessa sostanza poteva essere riassorbita dall'intestino ed esercitare anche per questa via la sua azione; difatti, somministrata per bocca o iniettata nel duodeno in piccole dosi, sempre rivelò in grado evidente la sua capacità di elevare il tasso glicemico.

Poichè da precedenti osservazioni di Ciaccio e Racchiusa (2) sul cane era risultato, che la som-

(1) MARTINO G. *Su una sostanza iperglicemizzante ottenuta dal succo pancreatico e dal pancreas di cane.* Boll. Soc. It. Biol. Sper., II, 1927; Arch. di Sc. biol., X, 4, 1927.

(2) CIACCIO C. e RACCHIUSA S. *Sul metabolismo degli idrati di carbonio.* Nota II. *Sul comportamento del tasso glicemico nel periodo digestivo e sui fattori che lo determinano.* Boll. Soc. It. Biol. Sper., 1, 51, 1927.

ministrazione di un pasto ricco in proteine determina in animali digiuni da 24-48 ore un netto aumento dello zucchero del sangue, e poichè anche da noi era stato visto nel colombo (3), che durante l'inanizione la somministrazione di sostanze del gruppo proteico (ovoalbumina, peptone, glicocolla) determinava una iperglicemia, che era tanto più marcata quanto maggiore era stata la durata del digiuno subito dall'animale, si pensò di istituire altre ricerche (4) nell'intento di accertare sperimentalmente, se tale iperglicemia digestiva degli animali digiunanti fosse in rapporto con la sostanza iperglicemizzante trovata e studiata nel succo pancreatico. Infatti è noto che la secrezione di quest'ultimo è normalmente eccitata dal versarsi del chimo acido gastrico nel duodeno, e che a sua volta la secrezione del succo gastrico è particolarmente stimolata dalle sostanze del gruppo proteico; mentre d'altra parte a noi risultava che appunto nel primo succo di animali che hanno digiunato la sostanza iperglicemizzante passa in quantità rilevante.

Si eseguirono quindi anzitutto esperienze sul cane somministrando gr. 15 di peptone, e si potè accertare che in condizioni di digiuno si verifica per effetto di tale somministrazione un aumento del tasso glicemico, tanto più marcato quanto più spinto è il grado del digiuno pregresso. Poi si eseguì sugli stessi animali così esplorati la legatura del dotto pancreatico, allo scopo di impedire il passaggio del succo pancreatico nell'intestino, e si ripeterono le stesse prove, sempre con la dose di gr. 15 di peptone e in condizioni di digiuno di varia durata. In tal caso non si ebbe più l'aumento dello zucchero del sangue riscontrato nei medesimi animali prima della legatura del dotto pancreatico; ma invece costantemente il tasso glicemico subì un abbassamento progressivo (fino a 2-3 ore dopo la somministrazione), che, per quanto di modico grado, risultò però sempre sufficientemente evidente (diminuzione del 30 % circa, in media). L'assenza dell'iperglicemia nelle prove eseguite dopo la legatura del dotto avvalorava l'ipotesi, che l'aumento dello zucchero del sangue osservato in seguito alla somministrazione di sostanze del gruppo proteico in animali digiunanti, fosse connesso con l'assorbimento nell'intestino e con l'azione sul tasso glicemico della sostanza, che avevamo precedentemente ottenuto dal succo pancreatico; invece l'ipoglicemia, riscontrata dopo la somministrazione di peptone nei cani a dotto pancreatico legato, ci parve che potesse essere riferita ad un eccitamento della secrezione interna del pancreas, (sotto lo stesso stimolo rappresentato dal contenuto gastrico acido versantesi nel duodeno), e quindi alla immissione nel sangue di una maggiore quantità di insulina. Ed infatti, legando negli stessi animali anche le vene pancreatiche, si potè accertare che in tali condizioni (dotto e vene legate) non si verifica, per effetto della solita somministrazione di peptone, alcuna variazione apprezzabile del tasso glicemico, al di fuori dei limiti di errore della determinazione.

Riguardo al fenomeno della glicemia digestiva quello che qui particolarmente interessa rilevare è la diversità di comportamento dei cani, prima e dopo che sia stato in essi impedito il flusso del succo pancreatico nell'intestino: nel primo caso, in seguito alla somministrazione di peptone, la curva glicemica si eleva; nel secondo caso invece si abbassa.

Ora, se, come è verosimile, anche nell'uomo in condizioni di digiuno la somministrazione di sostanze del gruppo proteico determinasse l'aumento dello zucchero del sangue da noi osservato nel cane, presumibilmente dovrebbe aversi pure nell'uomo in condizione di ostacolato deflusso del succo pancreatico, il medesimo comportamento del cane operato di legatura del dotto pancreatico di fronte alla somministrazione di peptone (o di sostanze del gruppo proteico), cioè abbassamento anzichè esaltamento del tasso glicemico.

In tal caso, i dati qui riferiti potrebbero essere utilizzati per una applicazione diagnostica semplice e utile. Esistono varie condizioni patologiche, le quali importano l'ostacolo totale o parziale al deflusso del secreto pancreatico, e ciò per occlusione del lume dei dotti pancreatici (calcolosi), o per compressione dall'esterno sugli stessi dotti (principalmente da tumori). In questi casi la diagnosi è quasi sempre molto difficile, e nessuna delle prove di esplorazione finora proposte può dirsi soddisfacente.

La prova che noi proponiamo consisterebbe appunto nell'indagare gli effetti sul tasso glicemico della somministrazione di peptone, o di altre sostanze del gruppo proteico atte ad eccitare parimenti la secrezione gastrica e quindi quella pancreatica. Nulla infatti induce ad escludere, che anche nell'uomo il comportamento rispetto al fenomeno della glicemia digestiva sia simile a quello da noi riscontrato per il cane, e ciò tanto per quello che si riferisce alle condizioni normali, quanto per quello che concerne la condizione di ostacolato deflusso del succo pancreatico.

Pensiamo che questa prova potrebbe essere convenientemente condotta con le seguenti modalità:

(3) MARTINO G. *Effetti dell'inanizione sul comportamento della glicemia alimentare nel colombo.* Ibid., II, 1927.

(4) MARTINO G. *Sui rapporti tra glicemia digestiva e funzione pancreatica nel cane.* Ibid., II, 1927; Arch. di Sc. biol., X, 4, 1927.

dopo avere tenuto anzitutto il paziente a digiuno completo per almeno 24 ore, e dopo aver quindi prelevato un campione di sangue per la determinazione del tasso glicemico iniziale, si potrebbe somministrare una sufficiente quantità di peptone, successivamente prelevare altri campioni di sangue a distanza di mezz'ora o di un'ora l'uno dall'altro, per lo meno fino a 3 ore dopo la somministrazione. In casi di ostacolo completo al deflusso del succo pancreatico, invece della normale elevazione della curva glicemica, dovrebbe aversi un abbassamento di essa (o per lo meno nessun aumento). In questa prova sull'uomo il peptone potrebbe anche essere vantaggiosamente sostituito da un estratto di carne oppure da una tazza di brodo, che, come è noto, agiscono molto bene da stimolo per la secrezione dello stomaco. È ovvio che sarebbe anche opportuno eseguire le prove di controllo con le stesse modalità su soggetti normali, anch'essi sottoposti in precedenza ad un digiuno della stessa durata.

Per i risultati sperimentali che abbiamo riferito, e per la concezione che ne deriva riguardo ai fattori determinanti il fenomeno della glicemia digestiva, noi riteniamo che effettivamente la prova semplice suggerita possa trovare pratica applicazione diagnostica.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE DI MONTECCHIO MAGGIORE
REPARTO CHIRURGICO.

Un caso di strozzamento retrogrado del testicolo.

Dott. GILE BRENDOLAN, chirurgo primario.

Ebbi occasione di operare un caso di strozzamento retrogrado del testicolo che ritengo opportuno comunicare non essendovene che un altro caso pubblicato. Mi pare anche utile richiamare l'attenzione dei Chirurghi su tale reperto, perchè durante l'intervento ebbi l'impressione sia un'evenienza meno rara di quanto si possa pensare vedendone due casi soli descritti.

F. G., di anni 19, viene accolto d'urgenza in Ospedale per ernia strozzata alle ore tre di notte dell'11 agosto 1926. Alcune ore prima, di ritorno in bicicletta da una festa, fu colto improvvisamente da dolore acuto alla regione inguinale per cui fu costretto a fermarsi. Il medico chiamato riscontrò ernia strozzata e fece qualche tentativo di taxis che riuscì infruttuoso: provvide perciò al suo immediato ricovero in Ospedale. Intanto i dolori continuavano e sopravveniva anche vomito.

All'atto del suo ricevimento presentava tumefazione piuttosto voluminosa della regione inguinale destra, dura e dolente alla palpazione. Tale tumefazione invadeva in parte lo scroto, ma senza arrivare al fondo. Il ventre era piuttosto teso e dolente. Si confermava quindi la diagnosi di ernia strozzata e si veniva all'intervento in anestesia locale novocainica.

Aperto il sacco si ebbe fuoruscita di piccola quantità di liquido limpido: l'intestino erniato era un'ansa del tenue congesta ma senza alcun segno di lesione grave. Dentro al sacco e lungo il canale mancava il testicolo: c'era invece davanti all'ansa il funicolo spermatico che, uscendo dal contorno inferiore dell'anello inguinale interno, rientrava dal contorno superiore e comprimeva l'ansa erniata contro l'anello inguinale, dividendola in due parti rigonfie separate da un tratto strozzato in corrispondenza del funicolo. Una cosa richiamò subito la mia attenzione e cioè la relativa larghezza dell'anello inguinale che non poteva essere la causa dello strozzamento: pensai quindi che la ragione per cui l'ansa non si era lasciata ridurre doveva essere un'altra e probabilmente il testicolo rimasto in cavità. Sbrigliato l'anello inguinale, tenendo ferma l'ansa perchè non avesse a ridursi improvvisamente, rinvenni il testicolo che era schiacciato contro la parete addominale interna e bloccava colla sua presenza l'anello inguinale impedendo all'ansa di rientrare in cavità. Estrassi il testicolo e la parte afferente ed efferente dell'ansa erniata e, constatato che non vi era a carico di questi organi alcuna lesione grave ma solo fatti congestizi, ridussi in cavità l'intestino e feci la cura radicale Bassini e la fissazione del testicolo all'ingresso della borsa corrispondente. La guarigione avvenne per prima e l'ammalato fu dimesso dopo quindici giorni.

Come dissi all'inizio non ho visto che un altro caso del genere ed è stato comunicato da Hubert Hunz dell'Ospedale Rudolfstiflung di Vienna. Lo trascrivo per intero come fu pubblicato da *Zentralblatt für Chirurgie*: « Si tratta di un giovane ventenne ricoverato con diagnosi di ernia strozzata. Anamnesticamente riferisce di soffrire da quattro anni di ernia destra. Da quattro giorni si verificò lo strozzamento, che avvenne in modo del tutto improvviso, mentre stava facendo esercizi ginnastici; malgrado i reiterati tentativi di riduzione non si giunse ad alcun risultato. Ebbe dolori fortissimi e ritenzione fecale. Non vomito. Al momento della sua entrata nella divisione chirurgica presentava il quadro tipico di una ernia scrotale destra strozzata. Venne sottoposto immediatamente ad intervento in anestesia locale.

All'apertura si riscontrò il seguente reperto: nel sacco erniario liquido acquoso turbidiccio e presenza di un tratto di omento edematoso incastrato nell'arcata interna. La maggior parte del tratto omentale era allacciato all'altezza dell'anello inguinale interno mediante il funicolo spermatico, e ciò pel fatto che il testicolo non giaceva nel sacco erniario bensì nel cavo addominale al disopra dell'anello inguinale interno per ascesa retrograda. Vi era quindi un doppio strozzamento e cioè strozzamento ed allacciatura omentale, inoltre incarceramento retrogrado del testicolo. Era chiaro che nella reciproca incarcerazione e strozzamento del testicolo e dell'omento, i tentativi di taxis debbono restare infruttuosi. L'ostacolo alla riduzione omentale era dovuto sopratutto all'allacciamento da parte del funicolo ombellicale. L'ostacolo in tanto venne rimosso in quanto il testicolo venne di nuovo riportato nello

scroto. Le manovre del taxis invece di facilitarne la discesa la ostacolavano. Solo coll'erniotomia venne liberato dallo strozzamento tanto il testicolo come l'omento. L'omento che oltre ad un rigonfiamento edematoso null'altro presentava, venne ridotto ed il testicolo il quale nulla presentava eccetto un certo grado di edema riportato nello scroto. L'operazione terminata nel solito modo. Il paziente venne dimesso guarito ».

L'Hunz dice che un incarceramento retrogrado del testicolo in un caso di ernia congenita è un fatto finora mai descritto ed infatti per quanto io abbia consultato una discreta bibliografia non son riuscito a trovarne altri. Per il suo caso egli dà questa spiegazione: « Può darsi che durante le manovre pel taxis venisse ridotto soltanto il testicolo, oppure fosse un testicolo mobile risalito nel cavo addominale di cui per l'allacciatura dell'omento venisse impedita la discesa ».

Nel mio caso credo invece si trattasse di un testicolo mobile risalito in cavità prima dello strozzamento dell'intestino probabilmente per contrazione esagerata del cremastere durante qualche movimento fatto in bicicletta: è da notare infatti che il nostro paziente era un giovane irrequieto e vivace e che tornava da una festa dove non è da escludere che avesse disordinato: egli poi fu colto dagli accidenti dello strozzamento mentre percorreva una strada su cui si alternano brevi salite e discese. In uno sforzo fatto o per superare qualche salita o per raggiungere o superare qualche compagno dev'essere avvenuta l'ascesa del testicolo a cui seguì la fuoruscita dell'ansa intestinale che spinse davanti a sè il funicolo foggiato ad ansa: il testicolo non potè più essere trascinato nel sacco per le sue dimensioni troppo grandi rispetto all'anello inguinale attraverso al quale si erano già insinuati il funicolo e l'ansa intestinale; questa spingendo contro il funicolo potè solo addossare alla parete addominale il testicolo. Si stabilì quindi un circolo vizioso in quanto il testicolo stirato dall'ansa veniva a bloccare l'orificio inguinale rendendo impossibile il disimpegno dell'ansa e la circolazione dei gas; in seguito l'aumento delle fermentazioni dentro all'ansa strozzata distese l'ansa stessa la quale venne così suddivisa in due da quella parte del funicolo che l'aveva spinta davanti a sè. A conferma di tale meccanismo di produzione stanno a mio modo di vedere anche i precedenti del nostro operato il quale, per quanto non sappia se il suo testicolo fosse nel canale inguinale o fosse sempre stato nella cavità addominale, ci riferisce che fin da bambino aveva notato una anomalia del canale inguinale e che il medico una volta consultato parlò di testicolo ectopico. Il paziente poi ogni tanto era preso da improvvisi dolori all'inguine che lo costringevano a sdraiarsi dov'era e che cessavano dopo qualche momento di tale posizione. Credo che anche questi dolori fossero dovuti a improvvisa risalita del testicolo ed impegno nell'anello inguinale dove veniva compresso.

Ho voluto consultare anche le varie teorie prospettate per spiegare l'eziologia dello strozzamento retrogrado dell'intestino e specialmente dei visceri a terminazione libera e mi sono convinto che il meccanismo a cui ho accennato nel mio caso serve meglio di ogni altro a spiegarlo.

Passando rapidamente in rassegna le varie teorie riguardanti gli organi a terminazione libera vediamo che si è pensato all'abnorme lunghezza congenita od acquisita di alcuni visceri la quale renderebbe possibile la fuoruscita attraverso ad un foro erniario di un'ansa del viscere, pur restando l'estremo distale dentro la cavità addominale. Tale meccanismo varrebbe specialmente per l'appendice e la tromba: questa infatti può avere dimensioni variabili in rapporto a processi infiammatori o a parti ripetuti e la lunghezza dell'appendice varia entro limiti abbastanza ampi anche in condizioni fisiologiche mentre tali variazioni crescono dopo fatti infiammatori. L'abnorme lunghezza permette che questi visceri fuoriescano dall'anello strozzante in parte, mentre il resto rimane in cavità. Altro meccanismo invocato sarebbe il seguente: delle aderenze fissanti l'estremo terminale del viscere alla cavità addominale o ad altro viscere situato dentro alla cavità impediscono che tale estremo abbia ad erniare, mentre il resto del viscere ripiegandosi può uscire attraverso alla porta erniaria. Questo si verificherebbe specialmente nel caso dell'epiploon che è il viscere che troviamo più di frequente nelle varie ernie causa la sua estensione e mobilità: per esso nelle vecchie ernie epiploiche avrebbe importanza anche un altro momento eziologico ed è l'ingrossamento dell'estremo distale dovuto ai traumatismi ed alla stasi cronica che si verifica in questa parte del viscere comunemente erniata: una volta iniziatasi tale ipertrofia si può arrivare al punto che essa impedisca all'estremo distale del viscere di attraversare l'anello erniario, mentre può erniare una parte della sezione superiore, cosa questa che vien facilitata dall'enorme mobilità che assume appunto l'epiploon quando il suo estremo ipertrofico col proprio peso tende a stirarlo in basso. Molto di frequente si è cercato di spiegare lo strozzamento col taxis le cui manovre riuscirebbero a far ripassare l'anello ad una parte sola del viscere restando il rimanente dentro il sacco: colla violenza allora del taxis e col doppio passaggio forzato attraverso l'orificio di strozzamento si vorrebbero spiegare anche le gravi lesioni riscontrate a carico di quella parte del viscere rientrata nell'addome.

Nel nostro caso è inutile pensare ad abnorme lunghezza perchè il funicolo normale è sempre abbastanza lungo da poter uscire foggiato ad ansa mentre il testicolo resta in cavità: se mai nel nostro era più corto del comune, dato che non fu possibile portare il testicolo al fondo della borsa. Non si può pensare ad aderenze del testicolo che lo fissassero nella posizione in cui l'abbiamo trovato e che rendessero impossibile la fuoruscita dalla porta erniaria mentre il funicolo libero avrebbe potuto erniare; mancava infatti ogni segno di aderenza e bastò sbrigliare l'anello per vedere il testicolo uscire. È da escludere anche l'azione del taxis quale responsabile della riduzione del solo testicolo perchè, se il taxis fosse stato sufficiente a ridurre il testicolo, probabilmente avrebbe ridotto anche il resto del contenuto erniario: in ogni caso sarebbe stato necessario un taxis prolungato ed energico che viene escluso dal medico che lo fece.

Non mi pare quindi che alcuna delle teorie invocate per lo strozzamento degli altri organi a terminazione libera possa essere applicata al nostro caso per il quale è molto più probabile il meccanismo accennato prima. Come per il nostro caso credo che le teorie finora enunciate mal si adattino anche allo strozzamento retrogrado del testicolo in genere appunto per la sua forma, per il fatto che si tratta di organo comunemente extra addominale e per la presenza del funicolo.

Una cosa da notare nel mio caso e in quello di Hubert Hunz, ma specialmente in quest'ultimo che si era strozzato da quattro giorni è la mancanza di quelle gravi alterazioni del testicolo che invece nello strozzamento retrogrado intestinale si sono notate quasi sempre a carico dell'ansa intermedia. Abbiamo visto infatti come in tutti due si sia potuto conservare il testicolo e gli altri visceri erniati. Facendo i confronti con quanto avviene nello strozzamento retrogrado intestinale vediamo che è fatto comune la relativa larghezza dell'anello inguinale interno e questo spiega le condizioni di relativa sanità delle parti contenute nel sacco, ma per l'ansa intermedia intestinale intervengono altri fattori che portano alle gravi alterazioni riscontrate e sulla spiegazione dei quali sono state emesse molte teorie e si sono accese discussioni di cui qualcuna ha culminato in polemiche. Senza entrare nei particolari di queste discussioni, ciò che mi porterebbe fuori dal compito prefissomi e per le quali rimando chi ne avesse interesse, fra i lavori italiani, a quello completo del Piazza Taormina e quello recente del Lussana, dirò che a determinare le gravi alterazioni dell'ansa intermedia ha grande importanza la disposizione del mesentere e dei suoi vasi e la fermentazione intestinale con successiva distensione dell'ansa.

Per i visceri a terminazione libera le cose stanno naturalmente in modo diverso per quanto anche in questi strozzamenti siano tutt'altro che rare gravi alterazioni di quella parte del viscere che è dentro la cavità addominale: furono anzi esse che richiamarono l'attenzione del Majdl che fece la prima comunicazione sullo strozzamento retrogrado dei visceri a terminazione libera a cui seguirono altre sullo strozzamento dell'intestino. Ad ogni modo per i visceri a terminazione libera (eccetto per l'appendice) viene a mancare l'azione dannosa della fermentazione e distensione e resta solo come causa delle alterazioni della parte rimasta in cavità il doppio strozzamento dei vasi del viscere stesso. Per il testicolo anche tale fattore viene a mancare più facilmente che per gli altri visceri a terminazione libera perchè, per la sproporzione fra le dimensioni del testicolo e quelle del funicolo, il primo può rimanere strozzato dentro la cavità addominale anche con anello molto più largo che in qualunque altro caso, di maniera che il funicolo non venga o venga assai limitatamente compresso. Un'altra condizione favorevole alla conservazione delle condizioni del testicolo è data dalla ricchezza dei vasi nel funicolo e dalla loro larga anastomosi nell'epididimo, per cui è facile che uno sfugga alla compressione mantenendo così la circolazione del testicolo in quantità sufficiente.

BIBLIOGRAFIA.

DONATI. *Chirurgia dell'addome*. Unione Tipogr. Edit. Torinese, 1914.

FASANO. *La torsione del testicolo*. Gazzetta degli Ospedali e delle cliniche, 1909, n. 40.

HARDOUIN. *De l'éntranglement rétrograde de l'intestin dans la hernie en W*. La Presse Méd., 1911.

HUNZ HUBERT. *Un caso di incarcerazione retrograda del testicolo*. Zentralblat für Chirurgie, 1925, n. 33, pag. 1810.

LAROYENNE. *Hernie compliquée d'éntranglement rétrograde de l'intestin*. Gazette des Hôpitaux, 1907, n. 24.

LERDA e QUARELLA. *Sullo strozzamento dell'intestino*. Clinica Chirurgica, 1910, n. 9.

LUSSANA. *Contributo alla casistica e alla patogenesi dell'ernia strozzata a W con strozzamento retrogrado dell'intestino*. Archivio Italiano di Chirurgia, 1924, vol. IX, fasc. 5.

PASSAGGI. *Strozzamento intestinale retrogrado*. Policlinico, Sez. Chirur., 1910, n. 10-11.

PATEL et VERGNORY. *Hernie en W et éntranglement rétrograde de l'intestin*. Lyon chirurgical, 1921, n. 4.

PIAZZA TAORMINA. *Degli strozzamenti erniari in genere ed in specie degli strozzamenti retrogradi*. Off. Graf. Elett. Giovanni Ghillemi, Palermo, 1915.

RIVES. *Sur les accidents herniaires dénommés étranglement retrograde de l'intestin*. Arch. génér. de 1911, n. 7.

UFFREDUZZI. *Torsione e gangrena del testicolo*. Gazzetta degli Ospedali e Cliniche, 1909, n. 40

LEZIONI.

L'epilessia.

(SIEMERLING. *Deutsche Med. Wochenschrift*, 1927, n. 21).

L'epilessia è una malattia del sistema nervoso centrale caratterizzata essenzialmente da accessi convulsivi accompagnati da gravi disordini della coscienza. Si distingue in genuina o essenziale e sintomatica: la prima non ha una causa organica dimostrabile, la seconda è l'espressione di una lesione cerebrale più o meno grossolana.

È un'affezione prevalentemente ereditaria. Negli ascendenti degli epilettici si trovano spesso malati nervosi e mentali. Per lo più si trasmette una particolare disposizione per cui l'epilessia scoppia sotto l'influenza di circostanze diverse, come la mestruazione, la gravidanza, il puerperio, l'allattamento. L'alcoolismo, la sifilide, il saturnismo sono tra le più efficaci cause rivelatrici. Anche i traumi cefalici possono metterla in evidenza. Al riguardo è a notare che parecchie epilessie hanno la loro causa determinante in traumi al capo al momento del parto.

I disturbi del ricambio, specie quelli di origine endocrina, hanno nel determinismo dell'epilessia una influenza sicura, ma non ancora può dirsi con quale meccanismo.

Alcuni ragazzi, che nel primo anno di vita hanno sofferto accessi convulsivi, diventano epilettici più tardi, specie all'epoca della pubertà.

Le malattie infettive (scarlattina, morbillo, pertosse, la sifilide congenita) possono causare l'epilessia nei bambini; più tardi può essere provocata anche dal tifo, dall'influenza, dalla sifilide acquisita, dall'arteriosclerosi.

Nelle donne spesso l'epilessia si manifesta con la mestruazione, e gli accessi successivamente si ripetono ad ogni periodo mensile (tipo mestruale).

Con il nome di epilessia riflessa è indicata quella forma provocata dalla eccitazione di parti periferiche (cute e intestini sopratutto) da parte di tumori, cicatrici, parassiti, corpi estranei.

L'epilessia, nei tre quarti dei casi, s'inizia nei primi due decenni della vita. Quando s'inizia oltre i 30 anni bisogna pensare all'epilessia tardiva, provocata da cause acquisite o verificatesi nel corso della vita (sifilide, alcoolismo, arteriosclerosi).

Il sintoma caratteristico dell'epilessia è l'accesso convulsivo, di cui si distinguono due tipi: il grande accesso (epilepsia gravis, grande male) ed il piccolo accesso (epilepsia mitis, piccolo male). L'accesso epilettico tipico consta dei seguenti elementi: aura, stadio tonico, stadio clonico, sopore, sonno. Durante la convulsione la coscienza è completamente abolita.

I sintomi precursori possono durare qualche ora fino ad un giorno e sono per lo più costituiti da uno stato di eccitabilità con senso di oppressione e di angoscia, dolore e pressione al capo, sogni angosciosi. Ma molto spesso l'accesso avviene improvvisamente ed in pieno benessere e l'infermo ha la sensazione della sua imminenza dal manifestarsi dell'aura.

L'aura può essere motoria, sensitiva, sensoria, vasomotoria e psichica.

L'aura motoria è costituita da contrazioni cloniche o toniche di singoli muscoli o di tutto un arto: talvolta si hanno disordini del linguaggio, per lo più sotto forma d'improvvise parafasie.

L'aura sensitiva è per lo più costituita da parestesie (intorpidimento, prurito, formicolio).

L'aura sensoria è quasi sempre costituita da fenomeni visivi ed uditivi (visioni di paesaggi, figure, visioni strane, macropsia, micropsia, e sopratutto da visioni rosse, fuoco, sangue; canti, fischi, rombi, urli, melodie). È rara la sensazione d'improvvisa cecità e sordità.

L'aura vasomotoria si ha con improvviso spasmo o paralisi vasale: pallore, manifestazioni esantematiche, eritemi, cardiopalmo, disturbi della secrezione lagrimale, salivare e sudorifera.

L'aura psichica può essere affettiva ed intellettuale: malumore, angoscia, eccitazione, euforia, improvvisa impossibilità di pensare, fobie, disorientamento.

Ma vi sono casi nei quali l'aura manca del tutto: l'individuo cade improvvisamente a terra, privo di coscienza. Le conseguenze di questi accessi possono essere gravissime: il soggetto può riportare gravi lesioni craniche e anche frattura della base, cadere in acqua e soffocare, cadere nel fuoco e riportare gravi scottature e se trovasi a mangiare può essere soffocato dall'aspirazione degli alimenti tenuti in bocca.

Con la caduta si ha la prima fase di breve durata costituita da crampi tonici. Tutti i muscoli del corpo, tranne quelli della respirazione, sono in preda ad uno spasmo tonico: il tronco è rigido, il capo ripiegato, gli occhi fissi verso l'alto o torti verso un lato nella stessa direzione del capo, la mascella serrata, gli arti distesi, i pollici confitti nelle mani che sono serrate a pugno. Per lo spasmo di alcuni muscoli respiratori si può avere impaccio della respirazione con cianosi del viso, ma la soffocazione è rarissima. Dopo 10-30 secondi cessa la fase tonica: la respirazione diventa più libera, il viso perde la tinta cianotica. Subito dopo comincia la seconda fase, la fase clonica. Generalmente le contrazioni cominciano alla mascella o al viso, aumentano di

intensità e si diffondono rapidamente. Tutto il corpo è agitato da scosse violente. La testa batte violentemente sul pavimento, gli occhi rotano qua e là, la lingua è stretta fra i denti per cui essa rimane ferita e ne possono essere asportati interi pezzi. Dalla bocca cola una bava sanguinolenta. La respirazione si compie affrettata, a scosse. Il viso è coperto di sudore. Talvolta i movimenti sono così violenti e scomposti da provocare lesioni muscolari, articolari ed ossee: si possono avere lussazioni, fratture, rottura di denti.

Durante tutto l'accesso le pupille sono fortemente midriatiche e rigide. Il riflesso corneale è assente. Si ha perdita di urina e di feci, più raramente di sperma.

In genere dopo 2-3 minuti la convulsione cessa; segue un rilasciamento completo. La respirazione ridiventa libera, il viso perde il colore rosso cupo, il malato cade in un sonno lungo e profondo. Le pupille si restringono e reagiscono nuovamente. Da questo stato soporoso si possono avere risvegli, ma l'infermo si mostra sempre disorientato.

Dopo il risveglio i pazienti si sentono ancora molto deboli e spossati, incapaci di pensare, e si lamentano di mal di capo e di dolore alla mascella. Non di rado in questa fase si hanno stati di eccitazione e di confusione.

Durante l'accesso si ha arresto completo della coscienza, con mancanza assoluta di ogni attività sensitivo-sensoriale, e perdita di tutti i riflessi. Il paziente non ha alcun ricordo di quel che gli è capitato immediatamente prima, durante e dopo l'accesso. Spesso si ha amnesia retrograda molto pronunziata.

La forte stasi venosa può provocare petecchie specie dentro gli orecchi, al collo, nelle palpebre, nelle mucose (congiuntiva, laringe). Spesso l'urina emessa dopo l'accesso contiene albumina. Nel sangue c'è leucocitosi. Durante l'accesso la temperatura spesso aumenta di qualche grado. Frequentemente per alcune ore dopo l'accesso si riscontrano i fenomeni di Babinski e di Oppenheim. Il campo visivo può essere ristretto concentricamente per il bianco e per i colori Spesso si ha paralisi transitoria di qualche arto, disturbi afasici, aprassici, agnostici, agrafici, nonchè disordini della sensibilità specie sotto forma di emianestesia.

Gli accessi di piccolo male sono per lo più caratterizzati dalle così dette assenze, ossia da transitori disturbi della coscienza che spesso durano solo qualche secondo. I fenomeni motori e sensitivi concomitanti possono mancare del tutto. Gli accessi si verificano improvvisamente senza alcun fatto premunitorio: durante le sue occupazioni il paziente rimane immobile, con lo sguardo fisso, lasciando cadere ciò che ha in mano. Il colore del viso non si altera e le pupille possono essere dilatate e immobili. Il tipo degli accessi è straordinariamente vario: si può avere un leggero tremolio delle labbra, fuoriuscita di saliva, un breve arresto della coscienza, e l'ammalato cammina nel suo ambiente come se nulla fosse passato, senza nulla avvertire e nulla ricordare del disturbo. Oppure l'infermo continua automaticamente nella sua occupazione, improvvisamente introduce nel suo discorso parole incomprensibili, fa alcuni movimenti di masticazione e di deglutizione, schiocca la lingua. Altre volte l'infermo ha un senso di mancamento, diventa pallido e si appoggia alle pareti per non cadere. L'accesso spesso è descritto dall'infermo come una sensazione vertiginosa. Si ha rossore del viso, midriasi, cardiopalmo, acceleramento o rallentamento del polso, sudorazione, parestesie varie.

La frequenza degli accessi epilettici è molto variabile: talvolta sono molto rari, una volta al mese ed anche una volta all'anno, talvolta invece sono molto frequenti, anche parecchie volte in un giorno. Qualche volta gli accessi si hanno solo di notte (epilessia notturna). Gli accessi possono susseguirsi con grande rapidità senza che tra l'uno e l'altro si abbia il ritorno della coscienza, si ha il così detto stato epilettico durante il quale la temperatura raggiunge 42°.

L'epilessia può provocare disturbi psichici in circa 4/5 dei casi. Si distinguono disturbi cronici, la demenza epilettica, e disturbi acuti che possono essere pre- o postaccessionali o equivalenti, ossia sostituti delle convulsioni. Quanto più precoci e più frequenti sono gli accessi, tanto più gravi sono le alterazioni psichiche. È da notare che talvolta l'epilessia è l'esponente d'un'encefalopatia endo- o extrauterina, ed allora s'accompagna ad idiozia o imbecillità. In altri casi con il lungo ripetersi degli accessi si ha un indebolimento mentale: infiacchimento dell'intelligenza, abbassamento del senso morale, aumento dell'eccitabilità.

I disturbi psichici acuti sono per lo più postaccessionali, come conclusione di una serie di attacchi, ed equivalenti, più raramente preaccessionali. Si possono distinguere in stati affettivi (tristezza, disforia, tendenza alla malinconia o alla mania), confusionali (stupore, delirio), paranoidi e sognanti o corpuscolari. Questi ultimi sono i più caratteristici.

Gli epilettici possono vivere a lungo e morire per una malattia intercorrente. Ma possono soc-

combere durante uno stato epilettico o durante un accesso per asfissia, paralisi cardiaca, per soffocazione, annegamento, scottatura, pulmonite *ab ingestis*, o in seguito a lesioni gravi del cranio e della colonna vertebrale. Gli stati crepuscolari possono condurre a morte in pochi giorni.

La diagnosi della convulsione epilettica è facile. Sono sintomi caratteristici: l'aura, la breve contrazione tonica, le più lunghe contrazioni cloniche, l'incoscienza, lo stato stuporoso, il sonno. Dal punto di vista pratico è importante la diagnosi differenziale con l'isterismo. L'accesso isterico ha caratteristiche sue proprie e non ha la tipica successione delle varie fasi dell'accesso epilettico. Lo stato e la reazione pupillare comunque possono molto aiutare nella diagnosi. Dal punto di vista medico-legale, per quel che riguarda la simulazione e la dissimulazione, giova ricordare che recenti ricerche hanno messo in evidenza il fatto che le iniezioni di cocaina possono provocare gli accessi negli epilettici. Il fenomeno tuttavia non è di costanza tale da giustificare conclusioni nei casi negativi.

Nel trattamento dell'epilessia ha una parte notevole la dieta alimentare. È da proscriversi la carne d'ogni genere e la nutrizione deve essere leggera e blanda ed a base di latte, riso, maccheroni, tapioca, uova, marmellate, frutta, patate, legumi verdi. L'alcool, il fumo, il tè ed il caffè forte devono essere proibiti.

Il medicamento sovrano dell'epilessia è il bromo, sotto forma di bromuro di sodio, di potassio e di ammonio. Le dosi giornaliere variano da 2 a 12 grammi secondo la frequenza e la gravità degli accessi e la tolleranza individuale. Quando gli accessi si verificano in relazione alle mestruazioni, giova aumentare le dosi con l'approssimarsi di tali periodi. I bromuri agiscono meglio quando la dieta è ipoclorurata (non aclorurata). Vantaggioso si è dimostrato l'uso di brodi preparati con dadi, nei quali il bromuro sostituisce quasi del tutto il sale di cucina.

Un altro medicamento che in questi ultimi anni si è dimostrato straordinariamente efficace è il luminal nella dose giornaliera di gr. 0,10-0,30, da prendersi in due volte, la mattina e la sera. Per iniezione può usarsi la forma solubile, il luminal sodico. La combinazione della cura di bromuri e luminal è molto vantaggiosa.

Nello stato epilettico usare iniezioni di luminal sodico.

Nell'epilessia tardiva, quando sono in giuoco la sifilide e l'arteriosclerosi, praticare la cura di queste affezioni e dare insieme bromuri.

I disturbi psichici epilettici si giovano degli stessi rimedi anticonvulsivanti.

DR.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

La semeiotica delle vertigini.

(MOULANGUET. *Journal des praticiens*, 1927, n. 39).

L'accertamento della natura e delle cause delle vertigini richiede indagini metodiche ed accurate, data la molteplice origine del disturbo. L'esame d'un vertiginoso importa:

1) L'interrogatorio dell'infermo su i caratteri della vertigine, la sua comparsa, la sua evoluzione, i disturbi associati, ecc.;

2) L'esame delle singole funzioni organiche (cardio-vascolari, renali, digerenti, epatiche, endocrine, ecc.), nonchè la ricerca di segni d'infezioni croniche (sifilide, tubercolosi) o di malattie discrasiche;

3) L'esame otoscopico e della funzione uditiva,

4) La puntura lombare in caso di vertigine grave;

5) L'esame vestibolare.

Poichè la vertigine caratteristica è più frequentemente data da lesioni labirintiche, quest'ultimo esame è il più importante. Si tratta d'un esame complesso che importa due specie di ricerche: lo studio dei disturbi spontanei e lo studio dei disturbi provocati artificialmente dall'eccitazione del labirinto.

I disturbi spontanei sono:

1) Il *nistagmo* è uno dei fenomeni più caratteristici delle lesioni vestibolari. La sua direzione può dare utili elementi sulla sede della lesione labirintica;

2) Il *segno di Romberg* nelle lesioni labirintiche ha caratteri particolari: la perdita dell'equilibrio si produce lentamente e progressivamente; l'inclinazione avviene dal lato opposto a quello del nistagmo, ossia dallo stesso lato del labirinto deficiente;

3) I *segni di von Stein* sono costituiti da numerose prove che hanno lo scopo di ridurre progressivamente la base di sostegno del corpo facendolo poggiare successivamente sulla pianta di un piede, sulla punta di due piedi e sulla punta di un solo piede, e controllando la perdita dell'equilibrio. Lo stesso autore ha immaginato una prova goniometrica: si fa montare il soggetto su di un piano inclinabile, e si nota l'angolo d'inclinazione necessario per provocare la perdita dell'equilibrio;

4) La *prova dell'indice* si pratica nel seguente modo: s'invita il soggetto ad estendere le braccia in avanti e a toccare gl'indici dell'osservatore, poi a chiudere gli occhi e a fare ricadere il braccio lungo il tronco, ed infine, sempre a occhi chiusi.

a ritoccare le dita dell'osservatore, di cui deve ricordare l'esatta posizione. Un individuo affetto da disturbi vestibolari non ritrova gli indici dell'osservatore, di cui le sue dita passano all'infuori o all'indentro ripetendo l'errore ad ogni movimento e ad ambo le braccia. Gli errori spontanei dell'indicazione nel senso orizzontale rivelano un disturbo della funzione dei canali semicircolari esterni, gli errori in senso verticale un disturbo della funzione dei canali semicircolari verticali;

5) Il *segno di Pierre Marie* si pratica premendo bruscamente su una delle spalle del paziente che sta ad occhi chiusi: la pressione nella direzione del lato dell'orecchio leso incontra una minore resistenza alla caduta che nel soggetto normale;

6) La *prova dell'andatura* di Babinski-Weill consiste nel far camminare il soggetto ad occhi bendati successivamente in avanti e poi indietro, egli devia sempre nel medesimo senso nell'andare in avanti ed in senso inverso nell'andare in indietro; quindi le linee di andata e ritorno non si sovrappongono mai, ma formano tra loro un angolo a larga apertura. In capo ad una serie di andate e ritorno, ciascuna di una dozzina di passi, si constata che le linee disegnano sul pavimento una stella a molte punte. Anche nei soggetti normali si constata una certa deviazione angolare, per modo che deve tenersi conto dei risultati di questa prova solo quando in capo a cinque andate e ritorno la deviazione angolare del senso della marcia ha superato 90° in rapporto alla direzione primitiva. Il malato si sposta dal lato del labirinto deficiente, in direzione opposta nell'andare indietro.

Lo studio dei disturbi provocati dall'eccitazione artificiale del labirinto comprende:

1) *La prova dei movimenti bruschi.* Nei soggetti con lesioni circoscritte dell'apparato vestibolare, centrale o periferico, la flessione brusca della testa in avanti, di lato o indietro provoca una crisi di nistagmo ed una sensazione vertiginosa;

2) *La prova dell'inclinazione lenta della testa.* L'inclinazione laterale della testa provoca una sensazione vertiginosa che dura fino a che la testa è mantenuta in quella posizione ed una crisi di nistagmo talvolta fugace, talaltra costante.

Lo stesso nistagmo si provoca quando la testa è lentamente flessa in avanti di 30°, mantenuta così qualche minuto e poi portata indietro di 90°;

3) *La prova calorica* per la sua semplicità, per la precisione dei suoi risultati è certo la più importante delle prove vestibolari. Innanzi tutto ci si assicura che non vi sono tamponi di cerume e perforazioni del timpano. S'irriga lentamente l'orecchio in esame con 5 cmc. d'acqua a 30°, poi con 5 cmc. d'acqua a 25°, e così via riducendo di 5 gradi per volta. Si ha così il vantaggio di stabilire la soglia d'eccitazione del labirinto e di apprezzare la durata della fase preparatoria del riflesso. Un orecchio normale reagisce con il nistagmo con 5 cmc. di acqua a 27° dopo 20-25 secondi. Durante l'irrigazione la testa del soggetto deve essere inclinata indietro di circa 60° (posizione I di Brunings). Dopo 8-10 secondi si invita il soggetto ogni 3-4 secondi a volgere lo sguardo verso il lato non irrigato. Dopo 15-20 secondi dalla fine dell'irrigazione compare il nistagmo orizzontale, che si accentua se la testa è inclinata di 45° verso l'orecchio irrigato (posizione II di Brunings). Facendo inclinare di 45° la testa del malato verso la spalla opposta, ossia verso l'orecchio non esaminato (posizione III di Brunings) il nistagmo continua a battere come nella posizione II, ma diviene frontale (rotatorio), ciò che indica l'eccitazione dei canali verticali. Inclinando la testa di circa 90° nel medesimo senso ossia dal lato opposto a quello irrigato, il nistagmo cambia forma e senso, diventa orizzontale e batte verso il lato irrigato. In un soggetto normale nel corso di quest'esperienza con acqua a 30°, la sensazione vertiginosa è sempre tollerabile.

Se la reazione labirintica sembra normale si ricomincia l'irrigazione con 100 cmc. di acqua a 25°. Si fa levare il malato subito dopo l'irrigazione e lo s'invita ad inclinare la testa a 90° in avanti. Si osserva allora nistagmo orizzontale con direzione verso il lato raffreddato (eccitazione del canale orizzontale). Poi si fa la prova di Romberg e quella dell'indice: nei soggetti normali il corpo s'inclina ed il braccio devia simmetricamente dal lato irrigato.

Quando il labirinto è completamente ineccitabile all'irrigazione di 100 cmc. d'acqua a 25°, si può ripetere l'irrigazione con acqua a 20°; se anche così non reagisce si può ammettere che il labirinto è distrutto.

Nel caso nel quale il paziente presentasse nistagmo spontaneo al lato opposto a quello irrigato, si può fare la prova con acqua a 45°: il senso del nistagmo è invertito in rapporto alla esperienza fatta con acqua fredda;

4) *La prova rotatoria* si pratica a mezzo di un sedile speciale che si può far girare intorno al proprio asse verticale. La rotazione verso il lato destro del soggetto saggia l'eccitabilità del labirinto sinistro, e viceversa.

Con rotazioni destrogire di 10 giri in 20 secondi, mentre il soggetto tiene la testa inclinata in avanti a 30° (eccitazione del canale semicircolare

esterno sinistro) e gli occhi chiusi, e arrestando bruscamente la rotazione, nei normali si ha:

a) nistagmo orizzontale sinistro, intenso specie se il soggetto guarda a sinistra; il nistagmo s'indebolisce dopo 30 secondi e scompare dopo 40 secondi;

b) sensazione di rotazione verso sinistra che va gradatamente diminuendo: cessa dopo 30 secondi; sensazioni di malessere, senza però nausea e vomito;

c) il tronco s'inclina verso destra e la faccia si volta leggermente verso destra;

d) al segno dell'indice si constata deviazione verso destra.

La rotazione destrogira a testa inclinata indietro di 60° provoca nistagmo frontale destro per 20 secondi;

5) *La prova pneumatica* si pratica comprimendo o rarefacendo l'aria del condotto uditivo esterno a mezzo di un tubo innestato ad una pera di Pollitzer. Nei normali non si ha alcuna reazione, ma può provocare un'eccitazione labirintica in tre condizioni patologiche diverse:

a) segno della pressione fistolare (segno di Lucoe). In caso di usura della capsula ossea del labirinto, in seguito a otiti suppurative croniche, i canali semicircolari membranosi sono messi a nudo, sono perciò respinti dalla corrente d'aria donde un movimento dell'endolinfa. La reazione labirintica si manifesta con una sensazione vertiginosa, con movimenti del tronco e degli arti, e sopratutto con nistagmo diretto verso il lato in esame (in senso inverso in caso di rarefazione d'aria);

b) segno pneumatico della labirintite eredosifilitica tardiva (segno di Hennebert) La compressione aerea provoca sempre un nistagmo verso il lato opposto, la rarefazione invece verso il lato esaminato;

c) segno pneumatico nelle otiti suppurate non complicate (segno di pseudo-fistula di Karlefors-Nylen).

In seguito a compressione energica si ha non subito, come nelle prove precedenti, ma dopo qualche secondo nistagmo verso il lato esaminato o un movimento lento verso quello opposto; talora il fenomeno s'inverte durante la rarefazione dell'aria. Questo segno si spiegherebbe con un movimento d'ampiezza anormale della membrana della finestra ovale, determinato dalla pressione aerea nella cassa attraverso la perforazione timpanica, o dall'esistenza di un versamento chiuso nella cassa che trasmetterebbe alla finestra rotonda la pressione prodotta sul timpano;

6) *Prova galvanica di Babinski.* Si pongono davanti a ciascun orecchio di un individuo ad occhi chiusi piccoli elettrodi di 2 cm. di diametro di pelle di camello umettata e si fa passare la corrente galvanica di cui si aumenta progressivamente l'intensità. Nei soggetti normali quando la corrente raggiunge 2 o 3 milliampère, la testa ed il tronco s'inclinano verso il polo positivo, nella prova dell'indicazione il braccio deriva verso il polo positivo. Se si diminuisce gradatamente l'intensità della corrente, la testa ed il tronco riprendono lentamente la loro posizione; se invece s'interrompe subito la corrente il movimento di raddrizzamento si compie violentemente. Per rendere più evidente il movimento è meglio fare assumere al soggetto la posizione di Romberg, o meglio di Romberg sensibilizzata (un piede davanti all'altro). Per provocare il nistagmo, sempre diretto verso il polo negativo, occorre una corrente di 4-5 milliampère.

Se l'inclinazione della testa e del tronco si ha con una corrente di meno di 2 milliampère, e se il nistagmo si produce con 3 milliampère, accompagnato da vertigini violente, nausee, pallore, si ammette ipereccitabilità del labirinto. Se per ottenere la reazione occorre spingere la corrente oltre 8 milliampère si ammette ipoeccitabilità, e rispettivamente ineccitabilità del labirinto se non si ha reazione con correnti di 20-25 milliampère.

In certi casi l'inclinazione della testa e la caduta del paziente avvengono sempre verso il medesimo lato qualunque sia il senso della corrente; di regola la caduta avviene verso il lato dell'orecchio malato; talvolta si ha caduta in avanti o indietro per modo che la direzione della caduta non dà alcun elemento per la determinazione della sede e della natura della lesione labirintica.

Si ritiene che la corrente agisca contemporaneamente sul labirinto e sul nervo acustico per modo che l'ineccitabilità galvanica completa provocherebbe la lesione del nervo vestibolare e che quindi la vertigine non sarebbe labirintica ma retro-labirintica.

DR.

ORGANI DIGERENTI.

Le achilie gastriche famigliari.

(F. F. MARTINEZ. *Paris Médical*, 30 luglio 1927).

La parola « achilia », in senso etimologico, non è una realtà clinica, non potendosi mai dimostrare in un malato l'assenza assoluta di ogni secrezione gastrica. In pratica essa si usa nei casi in cui manca del tutto l'acido cloridrico, e i fermenti sono diminuiti.

Nella maggioranza dei casi le achilie dipendono da una causa anatomica (cancro, gastrite cronica, ecc.); o da un fattore esogeno che determina l'atrofia della mucosa gastrica: ma talvolta non è possibile scoprire alcuna causa organica,

e si è costituito allora il gruppo delle achilie funzionali. Studi recenti tendono a diminuire molto il numero di queste achilie funzionali, dimostrando spesso la presenza di lesioni, per quanto poco accentuate; ma è fuor di dubbio che in certi casi, per la mancanza assoluta di qualsiasi causa organica o di qualsiasi lesione, si è costretti ad ammettere l'esistenza di un'achilia « sine materia ». Le achilie funzionali sono per alcuni congenite (achilie costituzionali) per altri nevrogene (achilie acquisite).

L'A. descrive con molta ricchezza di particolari due gruppi di casi in cui l'achilia era congenita, e presente in un gran numero di membri della stessa famiglia.

Il primo gruppo è costituito dalla nonna, dai suoi quattro figli e da tredici nepoti. La nonna è achilica, come lo sono stati probabilmentte il bisnonno e la bisnonna, morti ambedue per cancro dello stomaco, dopo una lunga serie di sofferenze gastriche e di crisi diarroiche; achilici sono i quattro figli e cinque dei tredici nepoti. Dei cinque nepoti achilici solo uno soffre di disturbi gastrici ed intestinali: negli altri la funzione dello stomaco è apparentemente normale. Dei sette nepoti non achilici, cinque mostrano i segni di grave tara costituzionale (imbecillità con sordomutismo, miopia grave, male di Pott, scrofola, malattia di Glénard). Contemporaneamente alle turbe gastriche, la nonna, i quattro figli e due dei nipoti presentano tutti, quale più quale meno, indiscutibili alterazioni psichiche, che vanno da semplici bizzarrie del carattere fino al grande isterismo, e a profonde turbe, a tipo ciclico, della sfera affettiva.

L'altro gruppo di casi riguarda una signora e le sue tre figlie: tanto la madre, che soffre da molto tempo di disturbi gastro-intestinali, che le tre figlie sono tutte achiliche. Ora la madre e una delle figlie presentano molti fatti che depongono per uno psichismo anormale; mentre le altre due figlie sono isteriche al massimo grado.

In tutti i casi descritti non è possibile mettere in evidenza una causa esogena che spieghi l'achilia. Interessante è che in alcuni soggetti l'achilia non recava alcun disturbo, e le funzioni gastrointestinali erano apparentemente normali, forse per compensi stabilitisi da parte del pancreas e dell'intestino.

I casi osservati sono tutti nettamente famigliari ed ereditari, e non possono quindi essere compresi nel gruppo delle achilie funzionali acquisite o nevrogene. Ma d'altronde il fatto della coesistenza quasi costante di disturbi psichici più o meno profondi, non può farli separare completamente dalle achilie nevrogene.

L'A. pensa che nei suoi pazienti si debba tener conto di un fattore nervoso, consistente in una diminuzione del tono del vago o in una deviazione delle funzioni del simpatico addominale; e di un fattore ereditario che agisce contemporaneamente sullo stomaco e sulla psiche; e conclude per una nuova sindrome, assai complessa, che egli ha osservato frequentemente, e su cui c'è ancora molto da osservare e da chiarire.

M. SABATUCCI.

Contributo alla conoscenza della tubercolosi gastrica.

(E. MELCHIOR. *Mitt. a. d. Gebiete d. Med. u. Chir.*, vol. 39, pag. 205, a. 1926).

Esistono due forme di tubercolosi gastrica: la chirurgica e la non chirurgica. Quest'ultima si riscontra nella tubercolosi miliarica e nel periodo terminale della tubercolosi polmonare. La via di infezione nel primo caso è quella ematica, nel secondo la via digerente. L'infezione per via digerente è poco frequente in rapporto alle lesioni prevalentemente intestinali che si hanno in questi casi, infatti nel periodo terminale della tubercolosi polmonare si trovano lesioni intestinali nel 90 % dei casi, mentre lo stomaco è colpito molto più raramente (0,4-2,1 %). La causa di questa resistenza dello stomaco ad ammalare risiederebbe in parecchi fattori: così la scarsa quantità di follicoli linfatici, l'azione protettiva del muco e del succo gastrico, la motilità delle pareti, lo svuotamento del contenuto gastrico, ecc.

La forma chirurgica della tubercolosi gastrica è caratterizzata da una lesione circoscritta che si rileva con una sintomatologia locale in modo da apparire come una malattia isolata.

Anatomo-patologicamente, nella gran maggioranza dei casi ha uno sviluppo sottomucoso; inizia come una tumefazione circoscritta formata da tessuto di granulazione con sede iuxtapilorica. Quando subentra il rammollimento si formano ascessi ossifluenti che si aprono nella cavità dello stomaco con aperture multiple conferendo alla mucosa un aspetto cribriforme. Solo in casi rari si possono avere ulcerazioni profonde e talvolta penetrazione in organi vicini. La sede prediletta è la piccola curvatura vicino al piloro e così si spiega la sintomatologia predominante di stenosi pilorica.

Patogeneticamente per quanto l'affezione sia sempre secondaria o addirittura terziaria, clinicamente appare una affezione primaria. Sono stati descritti alcuni casi in cui non si sono potuti rinvenire altri focolai nell'organismo, proba-

bilmente questi o erano tanto piccoli da sfuggire alla osservazione o erano già guariti. Qualche Autore ha pensato in questi casi ad una inoculazione esogena; di solito il bacillo arriva nello stomaco per via ematogena o linfatica. Si sono descritti alcuni casi in cui l'infezione era avvenuta per continuità, così p. es. dalla cistifellea, dalla milza, dalle ghiandole mesenteriali.

Esistono alcune forme che non entrano nel quadro descritto: così come tubercolosi gastrica estrastomacale, si descrivono casi in cui i sintomi gastrici erano dovuti alla pressione esercitata da ghiandole tub. sul piloro.

Poncet e la sua scuola hanno voluto descrivere come forme tubercolari anche alcune ulcere gastriche in cui i gangli della piccola curvatura erano tubercolari; la stessa genesi, a torto è stata attribuita a molte altre affezioni: linitis plastica, stenosi pilorica fibrosa (morbo di Patella), adenoma poliposo, ecc.

Clinicamente la sintomatologia della tbc. gastrica è identica a quella del cancro dello stomaco. Qualche volta la diagnosi potè essere fatta per lesioni tubercolari imponenti di altri organi. La diagnosi è difficile anche al tavolo operatorio e alcune volte è stata fatta solo dopo esame microscopico.

In alcuni casi è stata tentata una cura medica che non ha sortito nessun effetto; la cura chirurgica è invece nettamente indicata. Alcuni AA. hanno praticato una gastroenterostomia, i risultati avuti consigliano però di attenersi esclusivamente alla resezione. VALDONI.

(La prima resezione gastrica per tubercolosi è stata praticata dal prof. Alessandri nel 1912 e il caso fu comunicato alla R. Accademia Medica di Roma). (*N. d. R.*).

PATOLOGIA GENERALE.

L'importanza dell'ipersensibilità nella patogenesi degli eczemi.

(TACHAU. *Medizinische Klinik*, giugno 1927).

Per ben determinare la patogenesi degli eczemi occorre nettamente distinguerli da una serie di affezioni cutanee, con le quali hanno analogie grossolane. Tali sono le forme micotiche, le piodermiti eczematiformi, gli eczemi seborroici, le neurodermiti.

L'eczema in tutte le sue forme, acuto o cronico, deve essere considerato come la reazione di una pelle predisposta, ossia sensibile alle eccitazioni eczematogene. In ciascun caso può prevalere il fatto endogeno o quello esogeno, ossia il terreno o l'eccitante, ma i due fattori concorrono sempre alla produzione della lesione morbosa.

La predisposizione del terreno non deve essere intesa come una diatesi generale, come un'eczematosi più o meno legata all'artritismo. Essa invece riguarda esclusivamente il terreno cutaneo e talvolta una zona cutanea molto limitata.

Nella maggioranza dei casi l'eccitazione eczematogena è prodotta da un agente esterno che colpisce la cute da fuori in dentro. Alcuni di questi eccitanti sono irritanti per la pelle di tutti gli uomini, anche i più resistenti, mentre gli eczematosi sono per essi ipersensibili. Altri eccitanti invece sono ben sopportati dalla generalità degli individui, ma provocano una reazione eczematosa sulla pelle di quei soggetti che sono dotati di un'idiosincrasia in loro confronto.

Bloch ha saggiata la sensibilità della pelle sana in confronto di eccitanti vari su 333 soggetti eczematosi e su 797 individui indenni da ogni affezione cutanea. Gli eczematosi reagiscono nel 35 % dei casi, i sani nel 5.4 %. I sani che reagiscono possono considerarsi eczematosi latenti.

Per lo più la reazione si ha per parecchi testi, ossia si ha una reazione polivalente, ma qualche volta la reazione è nettamente specifica.

Questa sensibilità cutanea può essere considerata come uno stato analogo all'anafilassi, ma questa si distingue perchè può essere congenita ed acquisita, perchè è cellulare e non umorale, perchè può essere provocata da sostanze non proteiche.

Lo stesso Bloch ha dimostrato la inconsistenza dei confini tra l'idiosincrasia e la sensibilizzazione anafilattica provocando in tutti gli individui sottoposti alla prova una sensibilizzazione alle primole, un irritante considerato come fattore tipico d'idiosincrasia.

Altri esperimenti hanno stabilito la trasmissibilità dell'idiosincrasia, che perciò può essere congenita ed acquisita in seguito ad una prima irritazione.

La desensibilizzazione si può ottenere mediante l'applicazione cutanea di dosi minime e progressive dell'agente idiosincrasico, o mediante l'introduzione dell'agente stesso per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa.

Particolarmente interessante è l'applicazione agli eczemi professionali della funzione delle sensibilizzazioni specifiche o non specifiche, esogene, endogene o miste. Un'irritazione specifica può provocare una sensibilizzazione non specifica, come un irritante esogeno può determinare la sensibilizzazione verso irritanti endogeni e viceversa.

L'eczema può essere provocato da una lunga

serie di irritanti di natura professionale, medicamentosa, vestiaria, alimentare, ecc.

È difficile determinare l'irritante specifico. Al riguardo possono aiutare la topografia, la forma e l'estensione dell'eruzione e della sensibilizzazione cutanea, le circostanze nelle quali si produce la prima volta o recidiva.

In caso di dubbio si può praticare la prova cutanea funzionale di Jadassohn: piccoli quadrati di stoffa di un cmq. impregnati degli irritanti sospetti sono applicati e mantenuti fissi sulla pelle per 24 ore. In caso positivo si ha la produzione locale di eczema.

Gli eczemi provocati da irritanti interni sono più rari, ma se ne hanno di ben determinati come quelli da formolo, iodio e ioduri, acido borico o borace, arsenico, trementina, chinino.

Schnich ha praticato le prove funzionali cutanee con prodotti del metabolismo normale e patologico (urato di soda, acido lattico, glucosio, glicocolla, acido β-ossibutirrico, acetone, adrenalina, fenolo, gallati, ippurati, cresolo, urina) su 377 individui, ottenendo un solo esito positivo verso l'acido β-ossibutirrico, mentre parecchi dei soggetti stessi reagivano agli irritanti cutanei abituali.

Anche gli alimenti hanno un'importanza minima. Al riguardo la reazione di Pirquet o l'intradermoreazione non provoca nulla. Le prove cutanee funzionali di Jadassohn hanno solo eccezionalmente dimostrata la sensibilizzazione agli elementi. Si è provato che non v'è differenza netta tra la sensibilizzazione eczematosa, che ha sede nell'epidermide e nel corpo papillare, e la sensibilizzazione con eritema e orticaria, la cui sede è vascolare e connettiva.

Tutte le su accennate cognizioni e considerazioni devono essere tenute presenti nell'indirizzo terapeutico. Le diete speciali sono superflue tranne che nella prima infanzia. Nulla deve essere trascurato per identificare l'agente irritante per eliminarlo, pur cercando di migliorare il terreno organico specie quando si tratti di diabetici, obesi, gottosi, nefritici o d'individui affetti da disturbi endocrini o da stipsi abituale.

Il trattamento ideale consisterebbe nella disensibilizzazione della pelle. Le pomate, gli unguenti, le polveri non hanno altro scopo che la disensibilizzazione non specifica. Gli stessi risultati danno la proteinoterapia, l'autoemo- e l'autosieroterapia. La disensibilizzazione specifica si può ottenere con l'applicazione sulla cute di dosi minime e progressive dell'agente idiosincrasico, o con l'iniezione sottocutanea, endovenosa, periorale o meglio intramuscolare dello stesso agente.

Dr.

DIVAGAZIONI.

Le variazioni delle malattie.

L'esperienza degli ultimi cinquant'anni ci ha dimostrato che i tipi morbosi sono tutt'altro che immutabili.

Sotto l'influenza di fattori diversi parecchie sindromi morbose hanno subìto modificazioni spesso essenziali nei loro caratteri fondamentali e particolari, nella loro gravità, nella loro frequenza.

Il progredire ed il diffondersi della civiltà, lo sviluppo della cultura, i mirabili perfezionamenti tecnici che hanno di tanto accorciate le distanze facilitando oltre ogni prevedibile gli scambi commerciali, gli innegabili vantaggi della profilassi e della terapia hanno ridotto la mortalità. E oggi noi assistiamo all'apparentemente strano fenomeno dell'intenso incremento demografico malgrado il numero delle nascite non sia gran che aumentato in senso assoluto e l'indice di natalità si mantenga basso.

Accanto a questo mutamento delle malattie in rapporto alla loro gravità e frequenza, per cui le morti da esse determinate sono in diminuzione, si sono verificate per alcune, per parecchie entità morbose modificazioni sintomatologiche più o meno notevoli. E per alcune di esse con difficoltà si riscontrerebbe una corrispondenza tra le descrizioni fattene nei classici trattati di medicina ed il quadro sintomatologico medio osservato nella pratica odierna.

Una tale discordanza ci obbliga a riconoscere che alcuni tipi morbosi si modificano profondamente fino al punto da essere irriconoscibili dopo un certo tempo, e da far credere alla scomparsa di vecchie sindromi ed alla comparsa di nuove.

Gli è che la patologia umana subisce continue variazioni attribuibili innanzi tutto al modificarsi delle condizioni della vita individuale e sociale.

Come vi sono malattie che si manifestano solo in certi periodi della storia in rapporto a determinate circostanze straordinarie e scompaiono con queste, così vi sono malattie che subiscono l'influsso dei lenti avvenimenti umani e con questi si modificano e si alterano.

Le guerre e le carestie, avvenimenti periodici e straordinari, mentre sono le più formidabili cause di aumento della morbilità, d'altra parte creano tutta una patologia speciale e caratteristica a seconda dei mezzi di offesa e di difesa adoperati, a seconda dell'estensione del flagello.

L'ultima grande guerra ha creati tipi morbosi nuovi come i piedi da trincea, gli edemi da fame, le neurosi da esplosione, la camptocormia, le affezioni respiratorie da gas asfissianti, tipi che con il ritorno della pace sono scomparsi del tutto.

Senza dire che alcune malattie infettive hanno assunto diffusione e forme ignote alla nostra generazione. Basti ricordare la terribile epidemia di tifo esantematico che infierì in Serbia, ed il ritorno della malaria in località da tempo risanate e la recrudescenza della stessa malattia in zone ancora malsane con sindromi cliniche alle quali eravamo disabituati.

Di fronte a questi malefatti della guerra abbiamo gli innegabili benefìci della civiltà.

Alcune malattie da carenza sono scomparse o vanno scomparendo presso i popoli civili. Dello scorbuto che una volta decimava le ciurme, forse pochi medici hanno conoscenza diretta, e rarissimi vanno facendosi i casi di pellagra, che pure un quarto di secolo fa era così frequente in valpadana. Il fenomeno va certo attribuito alle migliorate condizioni dell'alimentazione, del tenore di vita, reso possibile dall'incremento industriale ed agricolo, dai facilitati scambi commerciali.

I mutamenti delle abitudini hanno senza dubbio influito nel modificare la frequenza, la gravità, la sintomatologia di alcune malattie.

Vanno ricordate al riguardo la clorosi e l'isterismo.

Fino a trent'anni fa poche giovanette sfuggivano alla clorosi; oggi questa malattia è praticamente scomparsa.

Si vuole anche concedere che venivano attribuite alla clorosi molte anemie secondarie, di cui oggi i perfezionati metodi d'indagine ci fanno riconoscerne la vera causa. Ma è certo che la clorosi, nella sua sintomatologia caratteristica, non si vede più.

Le donne devono senza dubbio questo vantaggio, oltre che alle migliorate condizioni igieniche generali, al mutamento della moda e delle loro abitudini.

Non più chiuse nelle case a custodire il loro pudore e a intristire, esse ora godono liberamente dell'aria, della luce, del moto, della vita come gli uomini; non più strette in quei strumenti di tortura che erano i busti, oggi si muovono liberamente, respirano ampiamente mentre i loro organi addominali non sono più compressi ed impacciati nelle loro funzioni; non più infagottate in abiti lunghi fino ai piedi e chiusi fino al mento ed ai polsi, esse lasciano alla carezza benefica del sole una maggior superficie di pelle.

Ed agli stessi mutamenti di abitudini e di costumi si deve verisimilmente se l'isterismo femminile non è più quello d'una volta.

« Lo studio comparativo degli ambienti ospedalieri nel passato e nel presente, scriveva Babinski nel 1917, ci dimostra quanto sia mutata la fenomenologia dell'isterismo; una volta non era raro vedere nella stessa sala parecchi malati in preda a contorsioni, a crisi con archi di cerchio; ciò non si vede più ».

In effetti una volta le convulsioni isteriche con tutta la loro scenografia erano frequentissime, ora sono scomparse o quasi dalle abitudini femminili.

È ovvio che la maggiore libertà, le occupazioni, gli studi, gli sports lasciano minori e meno frequenti occasioni a queste scariche patologiche.

Se l'alcoolismo ha guadagnato in estensione ha perduto certo in intensità. Certe forme nervose e mentali da intossicazione alcoolica cronica non si verificano più con la gravità d'una volta. Anche nei paesi dove le abitudini intemperanti sono più diffuse, il delirium tremens è diventato rarissimo.

Di fronte a questo vantaggio dobbiamo registrare l'incremento di altri avvelenamenti voluttuari, del cocainismo sopratutto con tutta la sua fenomenologia nervosa e mentale ignota ai vecchi patologi.

Potremmo citare tra le malattie che hanno una vita breve la così detta neurosi traumatica, se questa entità nervosa non fosse stata un prodotto artifizioso dell'azione concorrente di errori nosologici e di interessi illegittimi. Se si dovesse prestar fede alle statistiche di una volta la neurosi sarebbe l'appannaggio necessario di ogni trauma fisico o psichico. Un'accurata e serena revisione ha messo a posto le cose: la neurosi traumatica, come entità morbosa, forse non è mai esistita. I traumi emotivi e somatici possono determinare le ben definite e comuni neurosi, ma non creare un complesso sintomatico cui possa conferirsi la dignità di tipo morboso. Le variazioni quindi della neurosi traumatica sono dovute a ragioni estranee al contegno della malattia: unicamente alla correzione di concetti patologici e diagnostici.

Certo i perfezionamenti dei mezzi d'indagine diagnostica hanno messo in evidenza la maggior frequenza di alcune malattie; precisati nuovi tipi morbosi. È a ricordare al proposito come la casistica dell'ulcera duodenale e dell'appendicite sia oggi più copiosa solo perchè queste affezioni possono essere meglio riconosciute. Altrettanto avviene, secondo molti, nei riguardi dei tumori maligni.

Ma qui non si vuol discorrere delle trasformazioni delle malattie in rapporto al mutato nostro apprezzamento, bensì delle variazioni reali, effettive delle malattie nel loro decorso, nella loro sintomatologia, nella loro frequenza, nella loro gravità.

Vi sono malattie epidemiche che assumono tipi sintomatologici diversi a seconda del periodo nel quale i vari casi si manifestano nel corso dell'epidemia. Tutti ricordano che la grande pan-

demia influenzale s'iniziò con forme leggere, catarrali, con febbre di tre giorni, tanto che inizialmente fu confusa con la febbre da pappatacci: successivamente prevalsero le forme gravi, pneumoniche, letali. Le varie forme erano così dissimili che senza il criterio epidemiologico ed immunitario non si sarebbero potuti ascrivere alla medesima entità morbosa. Che si sia trattato di varia ed aumentata virulenza del germe o di associazioni microbiche, certo si è che nella stessa epidemia la stessa malattia assunse tipi affatto diversi.

E rimanendo nello stesso periodo storico giova ricordare al riguardo la encefalite letargica, che nei primi casi del 1919 si manifestò con sintomi di encefalite acuta a focolai multipli, tra i quali i più caratteristici erano la tendenza al sonno, i disturbi oculo-pupillari, le paralisi dei nervi cranici. Tali forme avevano esito letale o lasciavano una sindrome a tipo parkinsoniano di varia intensità. Ora è avvenuto che la sintomatologia iniziale si è andata sempre più attenuando fino a scomparire, tanto che oggi si constatano, in giovani, sindromi parkinsoniane a tipo encefalitico senza che mai si siano resi evidenti fatti acuti iniziali.

La descrizione pertanto trattatistica o didattica di questa malattia sarebbe quanto mai difficile e non sarebbe certamente nel vero se si limitasse all'esposizione del quadro completo seguendo il decorso delle prime forme epidemiche. Senza dire che la situazione è stata modificata, anzi invertita anche per un altro verso: finora noi sapevamo che il morbo di Parkinson era più frequente nei vecchi; era anzi ritenuto una malattia caratteristica della senilità; oggi la stessa sindrome con variazioni o attenuazioni più o meno sensibili si riscontra più frequentemente nei giovani.

Come nell'influenza e nell'encefalite letargica, trasformazioni meno impressionanti ma non per questo meno evidenti si verificano nel corso di altre epidemie. Al primo scoppio di queste si hanno tipi completi, caratteristici della malattia, mentre successivamente diventano sempre più frequenti le forme atipiche, attenuate, incomplete.

Noi non abbiamo dati positivi per precisare la causa di queste trasformazioni. Si tratta di una differenza della reazione organica opposta dagli individui colpiti in secondo tempo, naturale o acquisita nel corso stesso dell'epidemia, o di una riduzione della virulenza del germe, che diventa, come nel caso dell'encefalite, incapace di provocare i fatti acuti che caratterizzano l'inizio della malattia?

Certo è che si tratta di una variazione spontanea, non influenzata da misure profilattiche o terapeutiche.

Non così può dirsi di altre malattie, come la sifilide e la malaria, che forse sono andate gradatamente attenuandosi o trasformandosi anche sotto l'influenza di medicamenti specifici.

Tutti si sono potuti accorgere che le manifestazioni cliniche della sifilide si sono profondamente mutate. Oggi è rarissimo incontrare quelle alterazioni cutanee, ossee, viscerali, che non più di quaranta anni fa erano così frequenti e che producevano così profonde deformazioni e mutilazioni.

Oggi, viceversa, sono aumentati i casi di sifilide nervosa, di paralisi progressiva e di tabe.

Alcuni opinano che le diverse manifestazioni siano dovute a due differenti germi, dermatropo l'uno, neurotropo l'altro. Ma è più verisimile che sotto l'azione assidua del rimedio specifico, di generazione in generazione lo spirochete si sia trasformato, differenziato, o forse anche selezionato, producendo una varietà con spiccata affinità per il sistema nervoso dove o per suoi caratteri essenziali o a causa della sua ubiquità rimane inattaccabile dai più potenti medicamenti antiluetici.

Certo è che nelle popolazioni negre, dove le cure sono state sempre, e sono tuttora, scarse o nulle, la sifilide ha conservato la sua antica sintomatologia e le forme di metalue nervosa sono rarissime, perfettamente il contrario di quel che è avvenuto nelle razze bianche, presso le quali i sifilitici da secoli sono curati con il mercurio e più recentemente con preparati più energici.

E non è fuor di luogo qui ricordare, infine, che grazie al metodo della malarioterapia introdotto da Wagner-Jauregg, meritatamente oggi onorato con il premio Nobel, la paralisi progressiva ha perduto una delle sue più tremende caratteristiche: la prognosi assolutamente infausta. Oggi chi è colpito dalla paralisi progressiva non è sicuramente condannato allo sfacelo fisico e mentale, alla morte, come lo era una volta: con il nuovo metodo di cura i paralitici, in proporzione di oltre il 30 %, sono restituiti alla Società come elementi integri e produttivi.

Un'altra malattia che parimente sotto l'influenza della terapia specifica adoperata per secoli, come della profilassi bonificatrice e delle migliorate condizioni igieniche generali, ha perduto parecchie delle sue estrinsecazioni cliniche, è la malaria. Oggi in una clinica, anche prossima a località insalubre, sarebbe difficile presentare, anche durante una lunga serie di anni, casi di tutti i tipi di malaria maligna, quali sono descritti nei vecchi trattati.

Del resto ogni infezione nelle condizioni ordinarie della moderna civilizzazione ha perduto in gravità e frequenza, grazie all'uso dei mezzi di profilassi e di cura, che vanno sempre più perfezionandosi, e che costituiscono il vanto degli ultimi anni della storia umana.

Gli individui butterati del vaiuolo, così frequenti nelle generazioni antecedenti alla nostra, sono divenuti una vera eccezione. Il carbónchio è rarissimo, la morva umana quasi scomparsa. La mortalità per scarlattina ed eresipela è andata riducendosi. La difterite non è più quella che era una volta. Chi ricorda i bambini difterici prima dell'introduzione del siero curativo, può apprezzare quale profonda modificazione sintomatologica e prognostica abbia subìta questa malattia. Basti dire che la pratica dell'intubazione e della tracheotomia, una volta comunissima, oggi è assolutamente eccezionale.

La guerra ha dato una prova sicura di quel che la civiltà attraverso i perfezionamenti tecnici e culturali, può sulla patologia. È bastato il turbamento economico-sociale, l'allentamento di tutti gli sforzi intesi alla prevenzione delle malattie, perchè queste abbiano avuto una riviviscenza sia con il rincrudimento delle forme preesistenti, sia con la comparsa presso le nazioni civilizzate d'infezioni fino al 1914 tenute vittoriosamente al bando.

Salvo rare eccezioni la civiltà è accompagnata da trasformazioni più o meno rapide, più o meno profonde dei tipi morbosi in senso favorevole. L'umanità con il suo progredire tende incessantemente verso la vittoria sul più terribile dei suoi avversari: la malattia. G. DRAGOTTI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Dott. V. MONTESANO. *Manuale di malattie cutanee ad uso dei medici pratici e degli studenti.* Vol. I, pag. XVI-348 con 32 figure intercalate nel testo. Ed. Luigi Pozzi, Roma 1928. Prezzo L. 50.

È di recentissima pubblicazione il I volume di questa pregevole opera sulla quale, come modesto cultore degli studi dermatologici, sento l'opportunità di richiamare l'attenzione dei medici e degli studenti che in essa troveranno una guida preziosa per la conoscenza delle malattie cutanee.

Il carattere eminentemente pratico che l'A. si è prefisso di dare al suo lavoro nell'intitolarlo Manuale, lo ha costretto — è il vero termine da usare, data la sua profonda erudizione — a riassumere in forma sintetica le varie sindromi morbose, ma ciò non è andato a scapito della chiarezza e della precisione giacchè, da vero maestro, con pochi tratti è riuscito a mettere in rilievo i caratteri fondamentali di ciascuna dermatosi in modo da imprimerne nella mente del lettore la netta fisionomia sfrondando tutto ciò che non è strettamente necessario per chi non debba specializzarsi nelle discipline dermatologiche, ma trarre solo utili ammaestramenti per l'esercizio della professione.

L'oscurità nella quale sono avvolte tuttora, nonostante il progrèsso degli studi, l'etiologia e la patogenesi di molte dermatosi ha consigliato l'A. a rinunziare ad una classificazione basata su di esse che sarebbe la più razionale e a ripartire le affezioni cutanee con un criterio eclettico, a seconda cioè del carattere predominante ed essenziale desunto caso per caso o dall'anatomia patologica o dalla patogenesi o dalla etiologia.

Questo I volume di pag. 348 corredato da 32 belle incisioni, riferentisi in parte ad osservazioni personali, consta di una parte generale e di una parte speciale.

Molto accurata la parte generale nella quale l'A. dopo aver brillantemente esposto l'anatomia istologica e chimica della cute e degli annessi e la fisiologia, tratta dei complessi problemi etiopatogenetici e, distinguendo le affezioni di origine esterna da quelle di origine interna, ne trae argomento per illustrare con molto acume i rapporti della patologia cutanea con quella degli organi interni (sistema nervoso, endocrino-simpatico, alterazioni del sangue, ecc.).

Passa quindi a trattare della semeiologia indicando le norme che deve seguire il medico nell'esame della cute ammalata e i mezzi di indagine sussidiari di cui può disporre (esami batteriologici, biopsia, ecc.).

Segue la enumerazione e la descrizione delle eruzioni primitive e secondarie, dei modi di lo-

calizzarsi, aggrupparsi e disporsi di esse nelle varie malattie della pelle e delle leggi che regolano questi rapporti.

Da ultimo tratta della terapia generale delle malattie cutanee (cura interna e cura esterna) con speciale riguardo ai più moderni mezzi di terapia fisica (raggi ultravioletti, raggi Röntgen, radium, doccia filiforme, ecc.).

La parte speciale, che verrà completata nel II volume, comprende i disturbi di circolazione e malattie dei vasi, le dermatiti, le dermatosi che sogliono presentarsi nel corso di malattie del sangue e degli organi emolinfopoietici, il pemfigo e pemfigoidi, la sclerodermia e stati sclerodermici, le atrofie, le nevrodermie e le cheratosi.

Ciascuna sindrome morbosa è accompagnata da quei cenni di istologia clinica che valgono a completare la descrizione morfologica ossia la « visione anatomica » di essa.

Le più recenti vedute circa l'etiologia e la patogenesi delle singole dermatosi (sensibilizzazione, anafilassi, « apéidose », ecc. ecc.) sono riassunte dall'A. con perfetta chiarezza e gli offrono campo per sfoggiare vasta erudizione e acume critico.

Ciascun capitolo è corredato da ampie notizie bibliografiche in modo da permettere a chi voglia approfondire le proprie conoscenze sopra un dato argomento, di attingere alle fonti quanto gli occorre.

Il Manuale, dedicato con riconoscente sentimento alla memoria venerata del compianto Maestro prof. Campana, ne riporta il pensiero scientifico ed ha cura di mettere in evidenza i lavori della scuola italiana.

E. PERSICHETTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Prof. N. PENDE. *Trattato sintetico di Patologia e Clinica Medica*, vol. I, Manfredi Principato, Messina, 1927. (Opera in tre volumi). Prezzo complessivo L. 390.

L'opera completa si compone di tre volumi e, com'è annunciato, sarà ultimata per i primi del prossimo anno.

Questo primo volume viene presentato in una veste tipografica assai nitida ed elegante.

Come è espresso anche nella enunciazione del titolo l'A. ha inteso dare all'opera ed alla esposizione della materia una impronta tutta particolare e nuova. Egli, cioè, partendo dal concetto che ogni malattia è sempre una malattia generale con manifestazioni più o meno precisamente localizzabili, ed allontanandosi dall'indirizzo fino ad oggi seguito in tutte le opere mediche del genere di esporre la patologia e la clinica per organi, in maniera analitica e sistematica, con indirizzo prevalentemente anatomo-patologico e localistico, tenta invece di riunire, con concetto clinico e cioè sintetico, tutta la patologia sistematica e la clinica medica « seguendo quello stesso piano di lavoro mentale che fa chiunque si accosti ad un malato per comprenderlo e razionalmente curarlo ». Gli stati morbosi sono quindi studiati dall'A. in forma di sindromi raggruppate, per quanto è possibile, con criterio etiologico-patogenetico e funzionale più che anatomopatologico intendendo con questo di avvicinarsi sempre più alla realtà dei fatti clinici.

Il volume che ha visto la luce tratta dei princìpi generali della medicina moderna, della semeiologia della crescenza e della costituzione, della ectoscopia. Di particolare interesse sono il capitolo sulla localizzazione dei processi morbosi, quello sulla individualità del malato e tutta la parte che riguarda l'analisi psicologica e costituzionalistica dell'infermo, il temperamento dinamico umorale.

Auguriamo ogni fortuna a quest'opera che va molto meditata e che, scritta da un maestro come il Pende, profondo ed appassionato sostenitore di un indirizzo clinico che trova sempre nuovi consensi, espositore chiaro e preciso, contribuirà non poco all'educazione mentale dei giovani.

D. M.

MC. DOWALL. *Clinical Physiology*. Pag. VIII-424 con 4 tavole. Londra, Edward Arnold e Co., 1927.

È un libro scritto da un fisiologo che ha anche larga esperienza di medicina clinica. L'A. vi espone in breve, ma chiaramente, l'importante meccanismo di tutto il corpo umano, dalle funzioni nervose e muscolari, alle funzioni ed alla chimica del sangue, della digestione, dell'assimilazione ed escrezione del cibo, del metabolismo del corpo e della funzione delle glandole endocrine. Sebbene vi sia più fisiologia che medicina, il pratico imparerà molto a leggerlo.

L. TONELLI.

H. VAQUEZ. *Médicaments et médications cardiaques*, Baillières et fils éd., Paris, 1925.

Queste lezioni del Vaquez raccolte dalla viva voce del maestro per opera del dott. Theodoresco si aggiungono alle opere del cardiologo francese, senza smentire, in nessun punto i metodi, la dizione, il passato dell'A. Chi non ricorda le prime lezioni sulle aritmie, che furono divorate dai giovani del tempo? Perchè Vaquez è un vero didatta semplice, conseguente, che ha nell'analisi

un mezzo diretto per una sintesi, che stampa un solco nella mente di chi legge. Non possiamo che esser grati a chi ha voluto che gli insegnamenti non restassero limitati nella cerchia breve della scolaresca parigina.

Sono passati in rassegna i principali medicamenti cardiaci, la digitale alla quale è dedicato un minuto esauriente capitolo, lo strofanto colla strofantina e l'ouabaina, la chinidina; in un capitolo sono riuniti i piccoli medicamenti cardiaci (sparteina, convallaria adonis. scilla, caffeina, teobromina, iodio, mercuriali, oppio, ecc.).

Separati capitoli sono dedicati alla igiene del cardiopaziente, senza la quale spesso diviene inutile ogni terapia. Poi il cardiopaziente è considerato nel periodo dell'acuta affezione, e nelle conseguenze dei vizi cardiaci. Questi ultimi malati egli divide in insufficienti del cuore destro e del cuore sinistro e ne segna i mezzi di assistenza e di cura. I tre ultimi capitoli sono dedicati alla cura delle aritmie, dell'ipertensione arteriosa. dell'angina di petto.

Il programma e la competenza dell'A. sono il migliore invito per la lettura dell'interessante volume.

T. PONTANO.

D. DANIELOPOLU. *L'angine de poitrine et l'angine addominale*. Parigi, Masson e Co., 1927. Fr. 140.

L'attuale rifiorire di studii sull'argomento dell'angina di petto trova nell'opera scientifica del prof. Danielopolu e della sua scuola uno dei maggiori contributi di ricerche e di esperienze, sia nel campo dell'anatomia patologica, che in quello della fisio-patologia e della terapia. Questo nuovo trattato, in cui la trattazione dell'argomento è fatta in modo veramente completo ed esauriente, rappresenta il degno coronamento ad un'opera scientifica di tanto valore e di tanto interesse. Esso ne delucida, con la competenza che solo possiamo aspettarci dall'A. e dalla sua accuratezza di sperimentatore, tutti gli aspetti dalla sintomatologia clinica all'etiologia; dalla patogenesi alla terapia, tanto medica quanto chirurgica. Di vero interesse, anche per la novità dei contributi originali, sono i capitoli dell'anatomia delle vie sensitive cardio-aortiche, il capitolo sull'anatomia patologica, frutto di nuove accurate ricerche, la parte etio-patogenetica e la parte terapeutica. Un importante capitolo è poi quello che riferisce la fisio-patologia dei vasi coronarii. Nella trattazione del difficile problema etio-patogenetico oltre alla chiara esposizione di tutte le ipotesi finora avanzate dai diversi AA. e alla loro discussione, l'A. svolge la sua ipotesi che l'accesso anginoso rappresenti un fenomeno di fatica muscolare del miocardio, simile in molti punti ai fenomeni di fatica dei muscoli volontarii: e sia dovuto a fenomeni di intossicazione degli elementi sensitivi e motori determinata dai prodotti di disintegrazione. Questo stato sarebbe, secondo l'A., favorito da una insufficiente irrigazione sanguigna, legata a fenomeni riflessi di carattere pressorio. Anche i fondamenti e le particolarità dell'operazione proposta dall'A. trovano ampio svolgimento in una con l'esposizione dei risultati pratici finora ottenuti. La magnifica veste tipografica, e sopratutto la chiarezza e, vorrei dire perfino, il lusso delle illustrazioni (schemi e preparati istologici) rappresentano in questo caso la vera cornice ad un'opera di tanto valore, che va considerata come veramente classica in argomento.

MELDOLESI.

ABDERHALDEN E. *Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden*. Teil. 4. Heft. 7. Lief. 24. Urban e Schwarzenberg. Berlino, 1927. Mk. 4.50.

In questa puntata, che è l'ultima della 4ª parte sono trattati 2 soli argomenti e cioè: i metodi di estrazione degli essudati e dei transudati per opera di Lampé di Monaco, e alcuni micrometodi di analisi del sangue per opera di Mark di Halle. Nel primo capitolo accanto alla tecnica della puntura esplorativa è esposta quella della puntura evacuativa, sia delle cavità pleuriche che del pericardio, dell'addome e delle articolazioni; nel secondo sono trattati i micrometodi concernenti la determinazione dello zucchero, dei corpi acetonici, dei fosfati, del calcio, del potassio, dell'urea, della creatinina e dell'acido urico.

TR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società fra i Cultori delle Scienze Mediche e Naturali in Cagliari.

Seduta ordinaria del 30 novembre 1927.

Presidente: Prof. L. CASTALDI.

Echinococcosi metastatica polmonare.

Dott. O. BUSINCO. — Presentazione di un radiogramma che mostra la disseminazione nei due campi polmonari di piccole formazioni delle dimensioni di una ciliegia, a contorni netti ed a densità poco marcata. La « silouhette » cardiaca mostra una deformazione in corrispondenza della sua sezione destra il chè fa supporre che la localizzazione primitiva dell'idatide sia appunto nel

POSTA DEGLI ABBONATI.

Acridinoterapia. — Al dott. A. M., da B.:

L'acridina e i suoi derivati sono sostanze coloranti e fluorescenti dotate di azioni varie. Determinano uno stato di fotosensibilità, per modo che i soggetti nei quali si è praticata un'iniezione endovenosa di tali sostanze si mostrano molto sensibili agli effetti della luce solare: per 1-2 giorni si osservano in essi reazioni di *actinite*, fino ai cosidetti « colpi di luce acridinici », il cui meccanismo è stato indagato da vari autori. Non meno strana è la loro azione sulla cromatina nucleare: è paragonabile in tutto a quella dei raggi X; secondo la dose, può essere eccitante o distruttiva. Queste sostanze manifestano un marcato potere antisettico anche a concentrazioni debolissime; al tempo stesso sono relativamente atossiche per gli organismi superiori: da ciò deriva il loro largo impiego per la cura delle infezioni.

Il derivato maggiormente in uso è il cloridrato di diamino.10.metil.acridina, scoperto, ad istigazione di Ehrlich, da Benda. I tedeschi lo chiamano *tryplaflavina*, gli anglo-sassoni *acriflavina*, i francesi *gonacrina*. Se ne conoscono due sali: acido (con due molecole di acido cloridrico) e basico (con una sola molecola); quest'ultimo è iniettabile nelle vene.

Il prodotto ha il vantaggio di essere molto diffusibile e di tossicità praticamente nulla.

Sono sovratutto gli americani che hanno accreditato l'uso di questo rimedio in alcune infezioni, specialmente in quelle da gonococco e da stafilococco.

Nella blenorragia lo si usa esternamente, per grandi lavaggi uretro-vescicali, in soluzione a 1-2 ‰; ha lo svantaggio di macchiare la pelle e la biancheria e non sembra dare risultati decisamente superiori ad altri rimedi. Lo si usa anche per iniezioni endovenose, in soluzioni acquose al 2 %; si praticano iniezioni triebdomadarie di 10 cmc. ciascuna, escludendo, di regola, ogni trattamento locale, fino a guarigione; è da badare che non esca liquido dal foro d'iniezione, altrimenti si determina una piccola escara; si richiedono 5-40 iniezioni (per solito 10-20). Costituisce oggi uno dei trattamenti di scelta della blenorragia.

Nelle sepsi biliari si fa pure uso della triplaflavina.

Altri derivati dell'acridina sono il rivanol, il flavicid (iniettabile), la vuzina, la sinflavina (non colora ed è atossica).

L. VERNEY.

VARIA.

La malattia degli automobilisti.

Gaskell (*Practitioner*, 1927, n. 3) con il nome di *motor arm* (braccio da motore) descrive un'affezione dalla quale sarebbero colpiti gli automobilisti. Si tratta di una neurite del plesso brachiale di natura reumatica. La corrente d'aria che durante la corsa urta violentemente contro lo schermo di vetro rimbalza formando poi una corrente a semicerchio che batte direttamente sulla nuca e sul dorso dell'automobilista, nella parte dove emergono il quarto, il quinto, il sesto, il settimo e l'ottavo nervo cervicale. Sono colpiti tanto i rami anteriori che posteriori di questi nervi ossia il plesso brachiale, dando disturbi a carico del braccio, e i rami che si distribuiscono all'aponeurosi ed alle fibre muscolari del trapezio e dello splenio, provocando rigidità nucale e dolore alle spalle.

I motociclisti sono raramente colpiti da questa forma morbosa perchè in genere essi si proteggono meglio con abiti, la corrente d'aria li colpisce davanti dove non vi sono grossi tronchi venosi, d'altra parte il loro sedile non ha schienale per modo che non è solo la parte superiore del dorso quella colpita da un continuo, ininterrotto e localizzato bombardamento di aria fredda.

I sintomi dell'affezione sono generalmente costituiti da rigidità nucale, dolore ad una spalla con diffusione al braccio ed alla mano. I soggetti si lamentano di una speciale sensazione dolorosa alle ossa, come se queste fossero rosicchiate. Presto o tardi, se si tratta di neurite, compare torpore e formicolio specie alla mano nell'area innervata dalle ultime terminazioni del mediano, al pollice, all'indice, al medio. Se invece si tratta di perineurite queste sensazioni mancano, ma il dolore non è men forte.

I movimenti attivi e l'uso del braccio, a meno che non coesistano fatti muscolari, non esacerbano il dolore durante la loro esecuzione, ma dopo producono un leggero aggravamento. La scrittura può essere dolorosa o addirittura impossibile. I fattori che hanno molta influenza sul dolore sono la posizione e le condizioni atmosferiche. Lo star seduto su sedili senza schienale o specialmente l'inclinarsi in avanti aumenta la sensazione di peso ed il dolore. La defecazione esacerba fortemente il dolore. Il paziente non può riposare sul lato dell'affezione e su quello opposto, deve stare a letto sempre supino. Le giornate afose, umide sono particolarmente tormentose.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

1. — Potere discrezionale e regolamentare agli effetti della formazione e della estinzione del rapporto di impiego.

È legittima la disposizione del capitolato che attribuisce al Comune la facoltà di dichiarare nullo il concorso, qualora vi partecipino meno di tre concorrenti?

È legittima la disposizione che obbliga il Comune a collocare a riposo il medico condotto per limiti di età?

L'una e l'altra quistione sono state esaminate recentemente, per casi pratici, ma non sono state ancora decise. Credo utile segnalarle, perchè si riconnettono al limite del potere regolamentare del Comune circa la formazione e la estinzione del rapporto d'impiego stabile. Interessanti per se stessi, questi due punti controversi presuppongono risoluzioni generali di massima. Dico subito che io sono persuaso della illegittimità dell'una e dell'altra disposizione.

È da premettere che la facoltà di regolare una data situazione o un rapporto, presuppone un potere discrezionale. Se, perciò, questo potere è escluso da una norma giuridica, manca il potere regolamentare. Se, per es., la legge stabilisce le condizioni di validità di un concorso pubblico o le cause esclusive di risoluzione di un rapporto di impiego, l'organo amministrativo, che ha competenza di attuazione, non ha potere discrezionale di determinazione dei presupposti e degli elementi giuridici di validità del concorso già stabiliti da una norma non derogabile, nè può attribuirsi un potere di risoluzione del rapporto di impiego per causa diversa da quella stabilita dalla legge, con disposizione che escluda la possibilità di altre cause legittime.

È certamente invalida una norma del regolamento organico se contraria alla legge.

Premessi questi criteri generalissimi, si deve considerare, caso per caso, la posizione dell'organo amministrativo in rapporto alla norma giu ridica che regola l'attività di esso per un fine di pubblico interesse.

Si esamini il caso del concorso.

Il sistema legale, per la nomina dei medici condotti, è dominato da questi princìpi, ammessi da giurisprudenza ormai trentennale: *a*) le norme stabilite dalla legge per la costituzione del rapporto d'impiego, la stabilità, ecc., sono imperative, non essendo dirette a tutelare interessi privati, ma disciplinando l'ordinamento di un pubblico servizio; *b*) il concorso è valido anche se un solo concorrente vi partecipi o uno solo sia poi dichiarato idoneo; la facoltà di scelta non è presupposto di validità del concorso, ma l'esercizio di essa è subordinato alla possibilità concreta della scelta. Non può, dunque, il Comune annullare il concorso se, essendo dichiarato idoneo un concorrente solo, non possa esercitare la facoltà di scelta. Se annullasse il concorso o non provvedesse alla nomina — ipotesi equivalenti — manifesterebbe una volontà contraria alla legge, che dichiara valido il concorso e accrescerebbe il contenuto della facoltà che la legge gli attribuisce, condizionandone l'esercizio. Ma, se il Comune non può considerare invalido e annullare il concorso soltanto perchè un solo concorrente è stato dichiarato idoneo, può esso attribuirsi questo potere con norma del suo regolamento? Non mi sembra che vi sia alcuna differenza sostanziale tra l'una e l'altra ipotesi. Se il Comune non può stabilire discrezionalmente condizioni formali di validità, in contrasto con quelle risultanti dalla legge, e se l'ordinamento positivo che esso deve applicare dichiara valido il concorso, quale che sia il numero dei concorrenti, sarebbe contraria all'ordinamento stesso la norma del capitolato che considerasse invalida o attribuisse al Comune la facoltà di annullare il concorso, soltanto perchè un concorrente solo è stato dichiarato idoneo.

Si consideri ora il caso della risoluzione del rapporto di impiego.

Questo è stabile, per disposizione imperativa di legge: cioè, è un rapporto destinato a *permanere*, con vincolo per il Comune, sino a quando non si verifichi una causa legittima di risoluzione. La legge stessa, che questa efficacia attribuisce al vincolo giuridico, prevede i casi che possono legittimarne la estinzione, per volontà unilaterale del Comune: motivi disciplinari o di inidoneità fisica accertata: articoli 38 e 41 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889. L'art. 40 aggiunge cause di incompatibilità. Il sistema legale è completo ed esclusivo ed è anche imperativo. Fuori di esso il Comune non ha poteri discrezionali e non può ledere la stabilità. La volontà dell'ente è inefficace, oltre i casi e fuori delle forme stabilite dalla legge. Perciò è stato costantemente dichiarato che il Comune non può licenziare il medico condotto per limiti di età, sia pure con forma apparente di collocamento a riposo. Ma può esso at-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

tribuirsi questo potere con disposizione del regolamento organico?

Sembra che, non avendo il Comune potere discrezionale di risolvere il vincolo giuridico, caso per caso, per causa diversa da quella stabilita dalla legge, non possa nemmeno attribuirsi questo potere con disposizioni del suo regolamento. Nell'uno e nell'altro caso il Comune si porrebbe contro la norma giuridica imperativa e manifesterebbe quindi una volontà inefficace.

Il potere del Comune è anche formalmente contenuto, perchè l'art. 43 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889 dispone che « il Comune o consorzio provvede intorno allo stato giuridico del personale sanitario... *in quanto non sia provveduto dalla legge sanitaria e dal regolamento* per la sua esecuzione ».

La legge considera causa legittima la inabilità effettiva ed accertata con determinate forme: non può dunque il Comune modificare questa determinazione legale, aggiungendovi o sostituendovi una ipotesi di inabilità presunta per età. Così provvedendo il Comune si pone contro lo stato giuridico regolato imperativamente dalla legge.

Data la finalità di questa nota, bastano pochi accenni. La controversia è giuridicamente delicata ed ha molta importanza pratica perchè sono evidenti le conseguenze che ne deriverebbero da una breccia aperta nel sistema legale che concerne le nomine e i licenziamenti dei medici condotti. L'ordinamento positivo generale potrebbe essere profondamente vulnerato con norme del capitolato, che renderebbero in parte vano il sistema protettivo stabilito dalla legge.

II. — È proponibile innanzi all'autorità giudiziaria l'azione diretta al risarcimento del danno derivato dalla omessa formazione dell'elenco dei poveri?

La Corte di Appello di Roma, con sentenza 15 giugno-9 agosto 1927, Conti c. Maenza, ha dichiarato non proponibile innanzi all'autorità giudiziaria la domanda di indennità nel caso di omessa formazione dell'elenco dei poveri.

Deduceva il dott. Conti che, avendo il Comune violato l'obbligo legale di formare l'elenco dei poveri e non avendo perciò stabilito *il limite della prestazione* che era oggetto del rapporto d'impiego, circoscritto alla cura dei soli poveri risultanti da apposito elenco, aveva cagionato danno a lui, obbligandolo praticamente a prestare la sua opera alla generalità degli abitanti, in quanto mancava quel *limite* che soltanto il Comune poteva e doveva stabilire.

La Corte ha considerato che « la formazione dell'elenco dei poveri è disposta dalla legge nell'interesse generale del servizio e non in quello particolare del medico condotto, pel quale l'elenco costituisce un elemento di determinazione dei suoi doveri, nel senso che non può rifiutare la sua opera gratuita a coloro che vi sono compresi e quindi l'omissione o la ritardata formazione dell'elenco non costituisce per lui una lesione di diritto ». Ha soggiunto la Corte che « la domanda di indennizzo per tale titolo ha per presupposto l'illegittimità del provvedimento negativo dell'amministrazione che avrebbe contro legge modificato con la sua inerzia il rapporto d'impiego nella parte riguardante la prestazione dell'impiegato. Ma tale esame sfugge alla competenza del giudice ordinario perchè le quistioni derivanti dal rapporto d'impiego sono di esclusiva competenza degli organi amministrativi anche se involgono una quistione di diritto, rimanendo riservate all'autorità giudiziaria soltanto le quistioni attinenti al diritto patrimoniale conseguenziali alla pronuncia di legittimità ».

Questa risoluzione è in contrasto con altre della magistratura ordinaria. Probabilmente dovrà giudicarne la Corte di Cassazione, trattandosi di una quistione di massima di non lieve importanza. Sembra non accettabile la ipotesi di un *provvedimento negativo* costituito dalla mancata formazione dell'elenco, sicchè si debba ricorrere alla G. P. A. contro la inerzia del Comune per far dichiarare illegittimo il comportamento negativo di esso, salvo poi a chiedere all'autorità giudiziaria il risarcimento dei danni in base alla pronuncia di illegittimità. Sembra che non vi sia, in tal caso, un provvedimento che sia diretto a modificare il rapporto d'impiego. Non risulta nè si può presumere la volontà del Comune di stabilire, sia pure con provvedimento negativo, che la cura sia invece estesa alla generalità degli abitanti. L'oggetto del rapporto è determinato genericamente dalla legge ed è limitato alla cura dei poveri. Il Comune ha l'obbligo legale di formare l'elenco, al fine di rendere possibile la esplicazione del rapporto d'impiego per quell'obbietto che è imperativamente stabilito. Se il Comune omette di formare l'elenco dei poveri e quindi non determina il limite della prestazione d'opera, viola un dovere giuridico che lo obbliga a fare. Non è questo un provvedimento negativo: si verifica invece un caso di inadempimento di un obbligo stabilito dalla legge. C'è quindi una responsabilità per danni che ha causa nel fatto illecito e che si fonda sul principio generale degli art. 1151 e 1152 cod. civ.: qualunque fatto che reca danno obbliga il responsabile al risarcimento. Non si tratta di stabilire se legittimamente o non

il Comune abbia modificato le condizioni del rapporto di impiego; ma si deduce l'inadempimento di un obbligo *che ha fonte nella legge*, cioè un fatto illecito che cagiona danno. Sembra perciò che la domanda sia proponibile innanzi all'autorità giudiziaria, e che non si tratti di una quistione dipendente dal rapporto d'impiego per la quale si debba giudicare di un atto che abbia modificato il rapporto stesso, nel senso precisato dalla giurisprudenza della Corte di Cassazione.

Si deve però tener conto della sentenza della Corte di Appello anche perchè non si può contestare che la quistione sia discutibile.

III. — Referto e denunzia nel caso di procurato aborto.

Come è noto, « il chirurgo, la levatrice o altro ufficiale di sanità, che, avendo prestato l'assistenza della propria professione nei casi che possono presentare i caratteri di delitto contro la persona, omette o ritarda di riferirne all'autorità giudiziaria o di pubblica sicurezza, è punito, *eccetto che il referto esponga la persona assistita ad un procedimento penale*, con l'ammenda sino a L. 50. (Art. 439 c. p.). Non c'è, dunque, obbligo di referto quando si verifica il caso di eccezione espressamente previsto, quando cioè il referto esponga la persona assistita ad un procedimento penale. L'art. 9 del R. D. 23 giugno 1927 n. 1070, sostituito dall'art. 55 del T. U. delle leggi sanitarie, dispone che « gli esercenti la professione di medico chirurgo sono obbligati a denunziare in modo circostanziato al medico provinciale, entro due giorni, ogni caso di aborto per il quale essi abbiano prestato la propria opera o del quale siano venuti comunque a conoscenza nell'esercizio della loro professione. La denunzia è fatta secondo le norme indicate nel regolamento. *Il contenuto della denunzia deve rimanere segreto* ».

Come devono essere coordinate le disposizioni dell'art. 439 cod. pen., che tende certamente ad un fine di interesse pubblico, e dell'art. 9 della legge 23 giugno 1927, che tutela un interesse non meno importante? Io ritengo che l'una e l'altra possano essere applicate senza difficoltà teoriche. Le due disposizioni hanno obbietto specifico distinto e finalità diversa; ma, in certi casi, il referto e la denunzia possono riguardare lo *stesso fatto*. In questa ipotesi, io ritengo che la denunzia al medico provinciale debba essere fatta anche quando si verifichi la eccezione prevista dall'art. 439, cioè quando il referto esponga la persona assistita ad un procedimento penale. La eccezione stessa è stabilita soltanto per il referto all'autorità giudiziaria o di pubblica sicurezza: non può quindi essere estesa ad una ipotesi diversa. Vero che la denunzia al medico provinciale, tanto più che deve essere *circostanziata*, può rendere praticamente vana la disposizione dell'art. 439; ma è da osservare che, forse in considerazione di questa eventualità o anche di essa, l'art. 9 della legge del 1927 stabilisce che il contenuto della denunzia deve rimanere segreto. Si desume da ciò che il medico provinciale deve limitarsi ad eventuali constatazioni ai fini sanitari ma non possa nè debba presentare denunzia all'autorità giudiziaria qualora l'aborto apparisca effetto di un delitto. Il medico provinciale che riceverà una denunzia circostanziata di aborto, dalla quale rileverà elementi obbiettivi che siano indice di procurato aborto, per fatto o col consenso della stessa persona assistita, deve conservare il segreto *rigorosamente* e in nessun caso deve fare atti che importino comunque conoscenza del contenuto di essa e tanto meno possano determinare procedimento penale.

Sarebbe opportuno che il Ministero dell'Interno desse istruzioni precise ai propri dipendenti.

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ISTRUZIONE SUPERIORE.

Nuove disposizioni per l'istruzione superiore.

Con R. D. Legge n. 2105, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 271, 1927, sono state emanate alcune disposizioni integrative e modificative di quelle già vigenti sull'ordinamento dell'istruzione superiore. Riportiamo gli articoli del Decreto che più da vicino riguardano la Facoltà di medicina.

Art. 1. — Il Consiglio nazionale delle ricerche è organo permanente consultivo e di informazione del Ministero della pubblica istruzione per quanto concerne lo sviluppo ed i progressi dell'attività scientifica all'interno ed all'estero.

Per l'adempimento dei suoi compiti il Consiglio nazionale delle ricerche, a mezzo dei suoi delegati, ha facoltà di accedere agli istituti, laboratori e stabilimenti nei quali si eseguono ricerche scientifiche; ma chiederà caso per caso l'assenso del Ministro competente.

Art. 3. — I concorsi alle borse di perfezionamento di cui all'art. 118 del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, sono giudicati, per gli studi di medicina e chirurgia, da Commissioni scelte in seno al Consiglio nazionale delle ricerche.

Art. 5. — Per la compilazione ufficiale della bibliografia scientifica tecnica italiana, affidata dal R. decreto-legge 31 marzo 1927, n. 638, al Consiglio nazionale delle ricerche, tutti i tipografi, i quali abbiano stampato, per proprio conto o per conto di editori, di enti pubblici o privati, pubblicazioni in lingua italiana o straniera, sia periodiche che non periodiche e comunque interessanti la scienza e la tecnica, devono entro un mese dalla ultimazione della stampa, farne pervenire una copia completa al Consiglio nazionale delle ricerche. In difetto saranno passibili di ammenda.

Art. 6. — I direttori delle scuole di perfezionamento e degli istituti scientifici delle università e degli istituti superiori, debbono, alla fine di ogni anno accademico, inviare al Ministero una dettagliata relazione sull'attività didattica e scientifica svolta negli istituti ai quali sono preposti, allegando ad essa documenti ed eventuali pubblicazioni.

Art. 9. — All'art. 8 del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, è aggiunto il seguente comma:

« Quando il Ministro ritenga opportuno di non addivenire momentaneamente alla nomina del rettore o direttore, può designare, con suo decreto, un prorettore o prodirettore, scegliendolo, sia tra i professori di ruolo appartenenti rispettivamente all'università o all'istituto, sia tra quelli di altra università o istituto della stessa sede. Il prorettore o prodirettore non può durare in ufficio oltre l'anno accademico, ed ha diritto all'indennità spettante al rettore o al direttore ».

Art. 12. — A liberi docenti può essere revocata dal Ministro l'abilitazione all'insegnamento, quando, per manifestazioni compiute nell'esercizio del loro ufficio o anche indipendentemente da esso, non diano piena garanzia di un fedele adempimento dei propri doveri, ovvero si pongano in condizioni di incompatibilità con le generali direttive politiche del Governo.

Per le determinazioni in ordine alla revoca di detta abilitazione sarà prefisso all'interessato un termine per la eventuale presentazione delle proprie deduzioni.

Art. 13. — Gli esami di profitto e di laurea e diploma si dànno in due sessioni: la prima ha inizio subito dopo la chiusura annuale dei corsi e la seconda un mese innanzi il principio del nuovo anno accademico.

Non è consentita nessun'altra sessione di esami.

Art. 19. — Il giudizio sugli aspiranti al titolo di specialista, in base alle norme che saranno determinate con decreto Reale, è dato da speciali Commissioni nominate dal Ministro per la pubblica istruzione.

Le spese per il funzionamento di dette Commissioni sono a carico degli aspiranti, i quali, prima della riunione della Commissione, saranno invitati a depositare presso il cassiere del Ministero della pubblica istruzione la somma che, tenuto conto del numero dei candidati che dovranno essere giudicati da ciascuna Commissione, si presume possa essere addebitata a ciascuno di essi per le spese stesse.

Art. 28. — Presso la libera Università di Camerino potrà istituirsi una Facoltà di scienze chimiche, rimanendo soppresso il corso quadriennale di medicina.

Art. 31. — Entro un biennio dalla data di pubblicazione del presente decreto, potrà con decreto Reale da emanarsi su proposta del Ministro per la pubblica istruzione, sentito il Consiglio dei Ministri, disporsi, in deroga alle norme vigenti, il trasferimento ad altro istituto della stessa o di diversa sede di quei professori di ruolo delle Regie università, dei Regi istituti superiori e dei Regi istituti superiori di magistero, la cui permanenza nell'istituto al quale appartengono si ravvisi comunque incompatibile.

Contro il provvedimento non è ammesso alcun gravame, nè in via amministrativa nè in via giurisdizionale.

*
* *

La *Gazzetta Ufficiale* del 28 novembre 1927, n. 275, reca il seguente paragrafo:

« Nella prima parte dell'art. 31 del R. decreto legge 23 ottobre 1927, n. 2105, concernente l'istruzione superiore, pubblicato nel n. 271 della *Gazzetta Ufficiale* del 23 novembre 1927, dopo la parola « il trasferimento » vanno aggiunte le seguenti: « o il comando anche per insegnamento diverso dal proprio ed anche non previsto dallo statuto universitario » come risulta dal testo originale ».

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Istruzioni del Ministero dell'Interno per i servizi di assistenza sanitaria.

Il Ministro dell'Interno ha diramato a tutti i Prefetti del Regno precise istruzioni per il riordinamento dei servizi di assistenza sanitaria. Poichè si è talvolta proceduto alla soppressione di condotte mediche ed alla formazione di consorzi allo scopo prevalente di ottenere economie nelle spese dei comuni, senza tener conto dovuto delle effettive esigenze del servizio sanitario, che merita particolare attenzione da parte delle autorità comunali, il Ministro ha tenuto a dichiarare che, pur incoraggiando ogni iniziativa diretta a limitare gli oneri che gravano sui bilanci degli Enti locali, è necessario che dette iniziative, quando si esplicano in confronto dei servizi di così delicata importanza, non pregiudichino affatto il normale funzionamento di essi.

Il Ministro ha pertanto stabilito che in occasione della costituzione dei Consorzi suddetti venga fatta un'esatta ed obbiettiva valutazione delle reali esigenze del servizio. A tal fine si dovrà aver considerazione non solo del numero dei poveri aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita, ma anche della distribuzione di essi secondo le condizioni topografiche di accesso e di viabilità e delle altre contingenze che possano influire sull'ordinamento dell'importante servizio. Dovranno inoltre essere tenute nella dovuta considerazione le condizioni dei sanitari delle condotte, all'atto della costituzione dei nuovi consorzi, e pertanto si raccomanda ai Prefetti di fare il debito conto, nella valutazione dei titoli degli aspiranti, del servizio precedentemente prestato nelle condotte mediche dei comuni compresi nei consorzi stessi.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato medico fascista di Roma e provincia.

Si è adunato il Direttorio del Sindacato Medico Fascista per discutere delle varie ed importanti questioni poste all'Ordine del giorno. I Membri del Direttorio sono intervenuti al completo.

Il Presidente ha anzitutto fatte comunicazioni circa gli ultimi provvedimenti per l'inaugurazione dell'Accademia Lancisiana, con l'intervento di eminenti personalità.

Fu in seguito trattato il problema del sensalismo professionale; ed il Direttorio, nell'intento di elevare sempre più la dignità e la moralità della classe, ha deliberato di proporre provvedimenti i quali varranno a raggiungere lo scopo.

Quindi il Direttorio si occupò della réclame non troppo seria che viene fatta nel campo professionale sanitario accennando ai mezzi più idonei per contenerla nelle forme dovute.

Fu poi nominata una Commissione con l'incarico di studiare e riferire sulla interessante questione dell'accettazione dei malati negli Ospedali e Cliniche e della consulenza e cura Ambulatoria a pagamento.

Infine fu stabilito di creare delle sezioni tecniche di categoria in seno al Sindacato.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUANEGRA SUL CHIESE (*Mantova*). — A tutto 15 gen.; L. 10,000 e 5 quadr. dec.; L. 2000 c.-v.; L. 500 bicicl.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

BUSTO ARSIZIO. — Uff. san., capo dell'Ufficio d'Igiene; L. 19,500 e 5 quadrienni dec.; oltre L. 2000 serv. att. e c.-v.; computati 2 quadrienni in altre amministraz.; divieto esercizio libero e presso altri Enti; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10 alla Tesoreria Comun. Rivolgersi Segreteria Municipale. Scad. 30 gen.

CAGLI (*Pesaro-Urbino*). — Chirurgo Primario e per due posti medico-chirurgo condotto. Prorogato al 31 gennaio.

CATANZARO. — Direttore della Sez. Medico-Micrografica del Laborat. provinciale di Igiene e Profilassi; stip. L. 17,500 lorde, cinque aumenti quadr. oltre indennità serv. attivo in L. 4200; una indenn. fissa di L. 2000 e c.-v. come agli altri impieg. dell'Amministrazione. Termine presentazione domande 15 febb. Per schiarimenti rivolgersi locale Segret. Amministraz. Provinciale.

CAVA MANARA (*Pavia*). — Al 15 gen.; Kmq. 16 circa; strade Km. 9; ab. 2880; L. 10,640 e 5 quadrienni dec.; L. 500 ambulat.; L. 500 se uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; chied. ann.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Assistente per la Sezione dei Cronici dello Spedale Raveggi con possibilità di passaggio ai turni di S. M. Nuova; età mass. 30 a.; nomina e conferma biennali; assegno L. 5000 e c.-v.; scad. ore 17 del 17 gen.; docum. poster. al 16 dic.; serv. entro 15 gg.

FOIANO DELLA CHIANA (*Arezzo*). — Scad. 15 gen.; 1ª cond. e direttore med. chir. dello Spedale di S. Francesco; L. 12.000 e 4 quadrienni dec.; c.-v., metà tasse operazioni, un terzo introiti ambulatorio; tassa L. 50,10.

GROSSETO. — Uff. san. del Comune; per titoli e per esame; stip. L. 12,000, aumentab. di un decimo per 5 quadr. Inden. complem. L. 2400 e c. v. finchè saranno corrisposti agli altri dipendenti comunali. Per schiarimenti rivolgersi locale Ufficio Sanitario Prefettura.

LEPRIGNANO (*Roma*). — Al 20 gen.; L. 10,500 e complementi; tassa L. 50.10.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Vice dirigente dell'Ambulat. Comun. Otorinolaringoiatrico per i bambini delle scuole e per i poveri del comune; L. 3200; obbligo di 2 ore di serv. giorn. escluse le domen. e 30 gg. di vacanza; anno di prova; nom. e conferme triennali. Docum. entro le ore 16 del 31 gen. all'Ufficio di Protocollo (via Ospedale 5). Tassa L. 50. Età lim. 35 a. Serv. entro 15 gg.

NAPOLI. *Ufficio Sanitario Provinciale.* — Ufficiale sanit.ª del consorzio Mugnano-Fivizzano; li-

re 9500 oltre L. 1500 indenn. trasferta. Scad. 31 gen.

PANICALE (*Perugia*). — Scad. 15 gen., ore 18; capoluogo; L. 7000 e sessenni dec., L. 600 serv. att., c.-v., L. 500-4000 trasp., L. 500 se uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 1° dic.

PESCIA. *R. Ospedale dei SS. Cosimo e Damiano.* — A tutto 15 gen., primario medico e direttore Laborat. analisi chim. e microscopia clinica; L. 6000 e 6 trienni ventesimo, 30 % tasse ricoverati a pagam. e 50 % tasse analisi; c.-v.; chiedere annunzio. Età lim. 45 a. Tassa L. 50.

POLLINA (*Palermo*). — Scad. ore 14 del 28 gen. Titoli ed esami. L. 10,000 e 5 quinquenni dec.; addizionale L. 3 per ogni iscritto al di là dei 1000. Età lim. a. 40. Tassa L. 100.

POTENZA PICENA (*Macerata*). — Proroga 15 gen.; v. fasc. 49 del 1927.

RAVINA (*Trento*). — Scad. 15 gen.; per 2 sobborghi con resid. a Piedicastello; L. 7500 e 5 quadrienni dec.; L. 700 per uff. san.; c.-v.; lire 1400 indenn. alloggio.

RIPOSTO (*Catania*). — Al 20 gen.; L. 8000 e 4 quinquenni dec.; ab. 10,697; kmq. 11; condotta unica; 8 medici liberi eserc.; età lim. 50 a.; tassa L. 50.15; docum. a 3 mesi dal 30 nov.; serv. entro 15 giorni.

S. POLO D'ENZA (*Reggio E.*). — Scad. 15 gen.; L. 8000 oltre L. 1000 indenn. categoria, L. 3000 trasp., c.-v., 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

SPEZIA. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele III.* — A tutto 31 gen., medico primario. Chiedere copia avviso all'Ufficio di Segreteria.

SUBIACO (*Roma*). — Due condotte di città; lire 8500; indenn. mezzi trasporti; aumenti quadriennali; scadenza 20 gennaio. Per schiarimenti rivolgersi locale Segreteria comunale.

TORGIANO (*Perugia*). — Due cond.; al 20 gen., ore 18; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; L. 7000 e scatti quinquennali, oltre L. 600 serv. att., c.-v., L. 500-4000 trasp., L. 600 all'uff. san.; doc. a 3 mesi dal 20 dic.: serv. entro 15 gg.

VICENZA. *Amministraz. Provinciale.* — Proroga al 15 gen., ore 18. V. fasc. 51 del 1927.

VITTORIO VENETO (*Treviso*). *Ospedale Civile.* — Medico primario; per titoli; età massima 40 a. Scad. 30 gen. Per schiarimenti rivolgersi all'Amministrazione dell'Ospedale.

CONCORSI A PREMI.

Premio « Baccelli » di Fondazione dell'Istituto Nazionale medico-farmacologico in Roma.

Presso la R. Università degli studi di Roma è aperto il concorso a un premio « Baccelli », consistente in una medaglia d'oro al merito clinico.

Possono concorrere i laureati in medicina e chirurgia, appartenenti alla classe dei professori ed assistenti universitarî o addetti ai servizi di uno qualsiasi fra gli ospedali italiani.

Le istanze per ammissione al concorso (su carta bollata da L. 2) debbono essere presentate, al Rettore dell'Università, non più tardi del 15 gennaio 1928. Alle istanze debbono essere uniti lavori e pubblicazioni nel ramo della clinica medica o della terapia medica.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Giuseppe Caronia, direttore della Clinica pediatrica della R. Università di Roma, in applicazione dell'art. 31 del decreto-legge 23 ottobre 1927, udito il Consiglio dei Ministri, viene trasferito alla R. Università di Napoli, per impartirvi l'insegnamento delle malattie infettive dell'infanzia.

Il Ministro della P. I. ha nominato Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia della R. Università di Perugia il gr. uff. prof. Cesare Agostini, stabile per la Clinica delle malattie mentali e nervose.

La borsa di studio « Arrigo Piperno », di lire ventimila per il perfezionamento biennale nella R. Scuola di Odontoiatria e Protesi dentaria di Milano è stata assegnata, con voto unanime dei commissarî, fra nove concorrenti, al dott. Luigi Comberiati di Petilia Policastro (Catanzaro).

Il prof. Giovanni Antonelli, già libero docente in patologia speciale medica, primario medico degli Ospedali di Roma, ha recentemente conseguito la libera docenza in Clinica Medica, facendo brillantemente la lezione clinica sopra un caso di « ulcera duodenale ». La commissione era composta dai proff. Viola, Zagari, Ferrata. Al nostro valoroso amico e collaboratore le più sentite congratulazioni.

La Commissione centrale di Libera docenza in Patologia speciale Medica si è riunita il giorno 6 ottobre 1927, e al termine dei suoi lavori ha proposto per l'abilitazione i dottori: Aresu Mario, Milano; Avezzu Guido, Padova; Bifulco Carlo, Venezia; Bufalini Emilio, Pisa; Campanacci Domenico, Parma; Cevolotto Giorgio, Padova; Cipriani Carlo, Torino; Franco Pietro M., Napoli; Guardabassi Mario, Perugia; Lucherini Tommaso, Roma; Marin Pietro, Torino; Maselli Domenico, Roma; Melli Guido, Padova; Montagnani Mario, Firenze; Monteleone Remo, Roma; Paolini Renato, Napoli; Periti Enrico, Firenze; Pietra Paolo, Torino; Sacchetto Italo, Padova; Scala Guglielmo, Napoli; Scimone Vittorio, Padova; Sestini Corrado, Padova; Spanio Angelo, Pordenone; Trentini Silvio, Pisa.

NOTIZIE DIVERSE.

Onoranze al prof. Vittorio Ascoli.

Il 17 dic., nell'aula di Clinica medica al Policlinico Umberto I, presenti S. E. BOSELLI, il sen. prof. DURANTE, il corpo accademico della Facoltà medica al completo, una larghissima rappresentanza di medici ospedalieri, tra cui quasi tutti i primarî, medici, studenti e uno scelto pubblico, si è celebrato il decimo anno di insegnamento clinico nell'Ateneo romano del prof. VITTORIO ASCOLI.

L'aiuto prof. SABATINI, da poco chiamato alla cattedra di patologia e clinica medica nella R. Università di Sassari, ha rivolto al Maestro il saluto degli aiuti e assistenti, offrendo una magnifica opera in bronzo, segno di devozione e di riconoscenza. Egli ha detto:

« Chi vive la vita della Scuola — e noi tutti, qui dentro, che la viviamo, ne abbiamo esperienza — sa bene che il ritorno di ogni anno scolastico nuovo rappresenta una primavera dello spirito: è un rinverdire di proponimenti e di programmi, un germogliare di idee nuove sui rami già robusti delle opere compiute e create. Questa non è immagine rettorica ma materializzazione analogica di una realtà spirituale.

« Dieci di questi ritorni, di questi balzi avanti per vitalità feconda ha visto Vittorio Ascoli nel suo campo di fatica paziente e tenace. I suoi compagni di lavoro, la gloriosa Facoltà di Roma, gli avevano detto: « va, lavora, produci »: ed egli per dieci anni ha lavorato, ed è giusto, umanamente e sentimentalmente, che oggi che la pianta è cresciuta e comincia a dare frutti, egli dica: venite a vedere quel che ho fatto e datemi consiglio e correzione ed ascoltate quello che da oggi intendo ancora di fare per l'interesse superiore di tutti.

« Accanto al Capo ha lavorato una ciurma (che se non è stata magnifica è stata piena di entusiasmi, di fede, di fedeltà) ed ha nel contempo appreso le regole del lavoro e fatta la propria istruzione. Per le vicende della vita questi allievi hanno già lasciato la Scuola, per portare in altre forme ed in altre sedi la esperienza acquistata ed altri la lasceranno fra poco o fra molto. In una ricorrenza come quella di oggi questi allievi vogliono riunirsi intorno al Maestro — il quale negli ultimi tempi, a palpitante conferma della stima che lo circonda anche da oltre i confini d'Italia, ha avuto nell'Argentina, nel Brasile, in Inghilterra, in Francia onori che rendono orgogliosa la nostra Scuola e la Patria tutta — e vogliono fissare, nel modo più stabile, la immagine di lui, quale lo conobbero negli anni passati al suo fianco. Nicola D'Antino con la mano sicura dell'artista possente ha esaudito questo desiderio.

« Al Maestro noi oggi doniamo l'originale dell'opera affinchè rivedendosi, vegga intorno a sè i volti degli allievi invisibili ma presenti, come per dieci anni li vide nelle corsie, nei laboratorî, nella scuola: una copia dell'immagine ognuno di noi la porterà con sè, e la metterà nella propria casa accanto alle icone che simbolizzano e materializzano le fedi dell'uomo. La fede tutta divina, la fede nella famiglia, nella Patria, nelle istituzioni che la governano, nella Scuola che ognuno scelse, alle quali si formò, nel cui nome si esplica la sua attività durante il breve cammino fra gli uomini.

« Grazie a voi, Maestri, compagni ed allievi di aver assistito, nella nostra casa, a questo atto di fede ».

Il prof. Sabatini, terminato il suo discorso, lesse, fra i numerosissimi pervenuti, i due seguenti telegrammi:

« Richiamato domani Genova, pregola gradire mia fervida adesione dimostrazione prof. ASCOLI, conterraneo, amico carissimo, cui valore scientifico è pari infinita bontà, cristallina integrità morale ». On. barone CELESIA DI VEGLIANO, dep. di Genova.

« Con fierezza materna Ceriale si associa alle onoranze che mondo scientifico ed allievi rendono vossignoria, augurando che alla nazione siano riservati per lunghi anni il suo grande cuore e la sua faconda attività. Aggiungo mie personali felicitazioni ». DURANTE, Commissario prefettizio di Ceriale.

Il Preside della Facoltà Medica, prof. DALLA VEDOVA, lesse un telegramma di adesione del ministro della P. I., S. E. FEDELE, impossibilitato a intervenire, e disse al prof. ASCOLI, in nome della Facoltà, parole di encomio per l'opera svolta nel corso di un decennio.

S. E. BOSELLI rivolse al prof. ASCOLI la seguente allocuzione:

« La terra ligure, madre di VITTORIO ASCOLI, Vi chiede licenza, Maestri illustri, giovani ferventi per la missione scientifica umanitaria, Vi chiede licenza di esprimere il suo saluto affettuoso, grato e augurale al figlio che tanto l'onora e tanto le è caro.

« Essa ispira la mia parola come fu ispirato il saluto del Dep. Giovanni Celesia, così scultoriamente vero e testè calorosamente applaudito, come ispirò il saluto del Capo del Comune dove aleggiano le aure che prima baciarono la culla di VITTORIO ASCOLI.

« Saluto grato è il nostro ligure saluto: perchè VITTORIO ASCOLI porta il pensiero, il cuore, l'operosità ligure in questa gloriosa Scuola romana, in questo monumento di scientifico vanto, di doverosa previdenza e provvidenza sociale, eretto da Guido Baccelli ad affermazione di Roma romanamente risorta, ad esempio della Nazione: di Guido Baccelli da cui primo intesi ciò che vale VITTORIO ASCOLI, da cui intesi i presagi dell'opera di lui, della quale oggi si celebrano i primi due lustri, e cui succederanno altri e altri lustri del pari luminosi e benefici.

« Opera di dottrina che penetra e crea, che acutamente osserva e fidentemente combatte e quotidianamente segna qualche vittoria a difesa della vita umana, di quella difesa il cui successo



massimamente determina la forza e la prosperità delle nazioni.

« Onde il saluto ligure, mentre con Voi VITTORIO ASCOLI cordialmente si rallegra e a Voi plaude, è saluto italianamente augurale: augurale per le Vostre glorie in questo tempio di scienza e di carità e per le missioni che fuori di esso vi siete assunte generosamente e valorosamente e che proseguite con mirabile genio di umana e nazionale redenzione. (*Applausi*).

« Io so di formare in questo istante il voto di maggior letizia per Voi, auspice, scorta e maestro lavoratore, vaticinando che il popolo italiano affretterà quel riscatto che gli darà intiera la sua grandezza, liberandolo dalle iniquità dell'aria, sconfiggendo il morbo che tante generazioni perfidamente consuma e disperde.

« Al ligure saluto, si uniscono anche oltre i mari, quei liguri che nello scorso anno, in regioni lontane, abbracciarono con orgoglio VITTORIO ASCOLI, segnalato dai dotti, acclamato con lode concorde.

« Al voto umanitario si uniscono tutti coloro che nell'opera Vostra, spettabili Maestri, solerti discepoli, ravvisano una continua rivelazione, voluta da Dio, a restauro, a conforto, ad avanzamento dell'umanità ».

Il prof. ASCOLI, infine, attentamente seguito dall'uditorio, in una lucida esposizione, riassunse il decennio di lavoro compiuto nella organizzazione del suo magnifico Istituto, veramente ammirato nel mondo scientifico sia nostro che straniero come uno dei più attivi e dei più perfetti.

Circa l'indirizzo scientifico della propria Scuola il prof. ASCOLI disse che, pur riconosciuta la grande importanza dello studio della costituzione, non bisogna trascurare però il valore delle cause patogene estrinseche, così come accanto alle correlazioni ormoniche e nervose mantiene integro tutto il suo valore l'anatomia patologica nello studio delle lesioni organiche definitive e delle fasi che il processo percorre per raggiungerle. Lo studio quindi del malato deve partire dallo studio della individualità del soggetto analizzando tutti i dati forniti dalla indagine anamnestica e dall'esame fisico e funzionale del soggetto, mentre le ricerche biologiche trovano e fissano le cause morbigene e le conseguenze specifiche di esse.

Il prof. ASCOLI parlò poi dell'attività svolta anche nello studio di grandi problemi sociali, quali i problemi della ginnastica educativa, la lotta contro la tubercolosi, il problema sociale della malaria. La Scuola superiore di malariologia, voluta dal Duce, è diretta figliazione della Clinica medica.

Oggi, concluse l'oratore, l'Italia, in condizioni ben diverse dal dicembre 1917, si avvia con sicura fede verso i nuovi maggiori destini.

*
* *

Al prof. ASCOLI, in tale occasione, l'editore Luigi Pozzi ha offerto in omaggio uno splendido volume, riccamente illustrato, da lui edito. In esso è riportato al principio, quasi a programma, la lezione inaugurale del 1917. In un resoconto del primo decennio di lavoro, è descritta l'organizzazione della Clinica ed è esposta l'azione svolta dal prof. ASCOLI e dalla sua Scuola nel campo didattico, clinico e scientifico; è documentata da un ricchissimo elenco di memorie originali. Al volume è annessa l'effigie del clinico di Roma, in artistica tavola; e di essa l'Editore ha voluto far dono agli abbonati del « Policlinico » del 1928, annettendola anche al presente numero.

Onoranze al prof. B. Morpurgo.

Nell'Istituto di Patologia dell'Università di Torino ha avuto luogo, il 19 dic., in forma solenne, la celebrazione delle onoranze che i discepoli hanno organizzato per festeggiare il 35° anniversario d'insegnamento del prof. B. Morpurgo. Alla cerimonia sono intervenuti il Prefetto, il delegato di S. E. il Cardinale Arcivescovo, il direttore della scuola di guerra, i rappresentanti delle Accademie delle quali è socio il festeggiato, i rappresentanti di molte Università, un grandissimo numero di alte personalità cittadine e di signore e una folla di studenti.

Parlarono il Rettore prof. Pochettino, che lesse un messaggio d'adesione di S. A. R. il Duca di Genova, impossibilitato d'intervenire; il segretario dott. Pulgher, che diede lettura di una lunga serie di adesioni e di messaggi di tutti i Paesi; il Preside della Facoltà medica di Torino, il prof. Pentimalli, il prof. Bizzozero, il prof. Azzi, che offerse al festeggiato due grossi volumi splendidamente editi ed illustrati contenenti 65 lavori originali a lui dedicati dagli allievi e da illustri patologi italiani e stranieri. A tutti rispose con un breve, smagliante discorso il prof. Morpurgo.

Il prof. A. Castellani a Madrid.

Per invito del Governo spagnolo lo scienziato italiano prof. Aldo Castellani, direttore della Scuola di medicina tropicale di New Orleans negli Stati Uniti, si è recato a Madrid per tenere una conferenza sulla malaria e sulle malattie tropicali.

La classe medica ha fatto solenni onoranze al Castellani, che è una delle massime autorità negli studi sulle malattie tropicali.

Il Castellani si è recato al Ministero degli affari esteri, accompagnato dall'Infante Alfonso d'Orléans, per far visita al generale Primo de Rivera.

L'Infante Alfonso d'Orlèans ha offerto, nel suo palazzo, in onore del prof. Castellani una colazione, alla qaule hanno partecipato il Presidente del Consiglio generale Primo de Rivera, il vice-presidente Martinez Anido, l'ambasciatore d'Italia marchese Medici del Vascello, i dottori Cortezo e Pittaluga, il capo del gabinetto diplomatico Ramirez Montesinos ed altre personalità.

Il prof. Castellani alla Accademia reale di medicina ha tenuto una conferenza sulla malaria, a cui hanno assistito la Regina Vittoria, l'Infanta Beatrice, il generale Primo de Rivera, Martinez Anido, l'ambasciatore d'Italia, numerosi medici ed accademici.

La rinascita dell'Accademia Lancisiana in Roma.

Nelle sale dell'antico Ospedale della Consolazione in Roma si è tenuta il 21 dic. una solenne adunata dei sanitari di Roma, per l'inaugurazione dell'Accademia Lancisiana, già fondata dal maestro Lancisi due secoli or sono.

L'Accademia Lancisiana durante il periodo della guerra ebbe un momento di stasi nella sua attività, anche perchè la maggior parte dei sanitari erano stati chiamati a prestar l'opera loro sui campi di battaglia. Oggi, la « Lancisiana » riprende a svolgere i suoi còmpiti scientifici e culturali.

Alla seduta inaugurale sono intervenuti: il ministro Fedele, il sen. Boselli, l'on. Pellizzari per il Partito, il barone Mazzolani per il Governatore, l'on. Rossoni, l'on. Bifani, il gen. Panizzardi, il comm. Cotta presidente degli Ospedali Riuniti, e moltissimi altri tra cui non pochi professori dell'Università.

Ha aperto l'adunanza il Presidente dell'Accademia prof. Fioretti, portando il saluto alle autorità intervenute e affermando che l'antica Società Lancisiana è un'associazione di carattere scientifico e colturale tra i medici ospitalieri di Roma, deve la sua vita al Sindacato medici.

Ha preso quindi la parola il prof. Margarucci.

Prima di terminare l'adunanza il prof. Fioretti ha comunicato i nomi del Consiglio direttivo, composto di nove membri, come vuole l'antica usanza, di cui tre di diritto, che sono: il comm. Cotta, Presidente degli Ospedali Riuniti, dello stesso prof. Fioretti e del prof. Della Vedova, mentre gli altri sono i proff. Margarucci, Pestalozza, Panegrossi, D'Avach, Zanelli e Lugli.

Infine è stato nominato Presidente onorario il senatore Marchiafava, che resse la Presidenza dell'Accademia per molti anni, e vicepresidente il prof. Francesco Durante. Tra le acclamazioni, prima che la importante seduta avesse termine, è stato inviato un telegramma all'on. Mussolini.

Congresso Italiano di Ostetricia e Ginecologia.

Il 18 dicembre, nella R. Clinica Ostetrico-Ginecologica di Roma, venne inaugurato il XXVI Congresso italiano ostetrico-ginecologico, presieduto dal prof. E. Pestalozza, organizzato dal prof. Micheli.

Il prof. Pestalozza lesse il discorso inaugurale. Furono poi lette le commemorazioni dei soci defunti: prof. Guzzoni, prof. Lauro, dott. Pitimada rispettivamente dai proff. Pestalozza, Micheli, Tesauro.

Nelle sedute seguenti furono ascoltate e discusse le interessanti relazioni dei proff. Aymerich (Perugia) e Gaifami (Bari) e furono fatte numerose comunicazioni.

Il Congresso ha accolto nel suo seno i rappresentanti dell'Opera Nazionale per la maternità e l'infanzia: il prof. Valagussa e il prof. D'Ormea. Le questioni discusse riguardarono la protezione della madre.

Furono prese in esame le modificazioni dello Statuto della Società ostetrica italiana perchè possa esser retta in Ente morale.

Venne eletta la nuova presidenza della Società, alla quale furono chiamati: presidente, il prof. sen. Pestalozza; vice presidente il prof. Clivio di Genova; il prof. Miranda di Napoli, segretario, il prof. Micheli di Roma; tesoriere, il prof. Rocchi di Roma.

Dei lavori daremo il resoconto prossimamente.

Congresso Italiano di Dermatologia e Sifilografia.

La XXIV Riunione annuale della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, avrà luogo a Roma, nella R. Clinica Dermosifilopatica al Policlinico Umberto I, dal 2 al 4 aprile.

I titoli delle comunicazioni che i Soci intendono di presentare al Congresso, dovranno essere inviati al segretario della Società, dott. Vincenzo Montesano, piazza Campo Marzio 3, Roma (120) non oltre il 1° marzo 1928 (termine perentorio).

Si rinnova la preghiera a quei Soci che non fossero in regola con le quote sociali d'inviarne l'importo all'Economo Cassiere dott. Giorgio Della Seta, via Arenula 29, Roma.

XIX Congresso Nazionale dell'Associazione di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

Si svolgerà nei Campi Flegrei, su proposta dell'on. prof. Francesco Paolo Sgobbo, presidente della Sezione Meridionale dell'Associazione. Il Consiglio direttivo di questa Sezione già si è messo all'opera per preparare ed organizzare degnamente il Congresso, che avrà luogo probabilmente tra fine maggio e principio di giugno.

Sotto la direzione del prof. Sgobbo, che sarà presidente del Congresso, stanno per costituirsi varî sotto-comitati o gruppi per la organizzazione delle singole giornate del Congresso e per la elaborazione dei temi di relazione. Eminenti personalità del Governo e della scienza hanno già data adesione con vivo interessamento.

Congresso Internazionale di Oto-rino-laringologia.

Si terrà a Copenaghen dal 20 luglio al 1° agosto, sotto la presidenza del prof. E. Schmiegelow. Temi: « Operazione radicale parziale o palliativa nelle otiti medie suppurative » (Neumann di Vienna e Tapia di Madrid); « Setticemia d'origine faringea » (Ferreri di Roma e Uffenorde di Marburgo); « Trattamento diatermo-chirurgico dei tumori maligni delle vie anteriori » (Gunar Holmgren di Stoccolma e Dan Mackenzie di Londra); « Struttura anatomica dell'orecchio e sua influenza sul corso delle suppurazioni dell'orecchio » (J. Mouret di Montpellier e K. Vittmanck di Amburgo).

Durante il Congresso sarà organizzato un Museo di strumenti e di pezzi anatomici.

Le adesioni si ricevono sino al 1° maggio. La quota di sottoscrizione è fissata in 30 corone danesi e va rimessa al tesoriere, Dr. Jorgen Moller, Lyckesholms Alle 8, Copenaghen V. Per informazioni complementari sui programmi, sulle condizioni di soggiorno, ecc. rivolgersi al segretario generale o al Dr. R. Miégeville, Place Vintimille 11, Paris IX.

XXXII Congresso degli alienisti e neurologi di lingua francese.

È indetto ad Anvers dal 23 al 28 luglio 1928. Temi: La catatonia (prof. Paul Devry di Liegi); Le algie dell'arto super. (H. Roger di Marsiglia); Terapia della paralisi generale (B. Dujardin e R. Targowla di Parigi). Segretario generale: Dr. Fr. Meeus, Nervierstraat 21, Anvers (Belgio). Quota: 50 fr. francesi per gli aderenti e 30 per gli associati. Gl'iscritti prima del 15 giugno riceveranno le relazioni appena pubblicate.

Giornate Mediche di Bruxelles.

L'8ª sessione è convocata dal 21 al 25 aprile, sotto la presidenza del prof. Auguste Slosse, direttore dell'Istituto di Fisiologia. Sono stati invitati a tenere delle conferenze: Gley, Weill e Fiessinger di Parigi, Bardier di Tolosa, Pautrier di Strasburgo, Donati di Torino, Moniz di Lisbona, Bastos di Madrid. Il presidente del Consiglio dei ministri. Henri Jaspar, ha accettato di tenere la conferenza inaugurale; tratterà il tema: « l'Ordine dei Medici ».

Associazione della Stampa Medica Belga.

Ha tenuto la sua assemblea statutaria a Bruxelles, nei locali della « Fondation Universitaire », il 4 dicembre, sotto la presidenza del dott. L. Mayer. Dopo aver approvato le relazioni del segretario e del tesoriere, ha proceduto alle elezioni per il 1928; sono risultati: Watry (Anvers-Médical) presidente; de Nobele (Journal de Radiologie) vice presidente; R. Beckers (Bruxelles-Médical) segretario generale; J. Rosenthal (Journal Dentaire) tesoriere. Sono stati anche nominati i membri corrispondenti nazionali. Si è deciso di fare dei passi per ottenere l'adesione delle riviste mediche non ancora iscritte. Si è votato un ordine del giorno per la collaborazione al « Fondo Nazionale di Ricerca Scientifica » e si è approvato un concorso di 1000 franchi a favore di detto fondo.

Scambi colturali.

Il prof. Augusto Cassuto, docente di Clinica delle malattie urinarie nella Università di Roma, ha tenuto a Buenos Aires, presso l'Accademia di Medicina, due conferenze che ebbero per temi: « Le malformazioni congenite dell'apparato urinario » e « La clinica dei diverticoli vescicali », illustrate da numerose e nitide proiezioni.

Corso di perfezionamento in igiene.

Anche nel presente anno accademico sotto la direzione del Chiar.mo prof. Arnaldo Maggiora, Direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Torino e membro del Consiglio Superiore di Sanità, si terrà in detto Istituto (Via Bidone, 37) un corso teorico-pratico di perfezionamento in Igiene e polizia medica per gli aspiranti alla carriera sanitaria. Il corso avrà la durata di un trimestre e si è iniziato il 3 gennaio 1928.

Vi si possono inscrivere i laureati in Medicina e Chirurgia, in Zooiatria, Ingegneria, Chimica pura, Chimica farmaceutica, Scienze naturali e agrarie e i diplomati in Farmacia.

Per essere ammessi devesi presentare domanda in carta da bollo da L. 2 al Rettorato della R. Università. Per le altre condizioni d'iscrizione rivolgersi all'Economato della R. Università di Torino.

Corsi alla Facoltà Medica di Vienna.

La Facoltà Medica di Vienna organizza da qualche anno dei corsi continuativi in tedesco per qualsiasi campo della medicina. Ai medici è quindi offerta la possibilità di perfezionarsi come pure di specializzarsi.

Questi corsi sono raccolti in un catalogo per l'anno 1927-28 (1° ottobre 1927-30 settembre 1928), il quale si può avere gratuitamente dall'ufficio dei corsi (Kursbüro der Wiener Medizinischen Fakultät, Vienna VIII, Schlösselgasse 22). Da questo catalogo gli studiosi potranno rilevare tutte le condizioni. Informazioni verbali si danno gratuitamente; per iscritto contro aggiunta dei francobolli. Gl'inscritti saranno pure consigliati per l'alloggio e il mantenimento.

Inoltre hanno luogo quattro volte all'anno, cioè in febbraio, giugno, settembre e novembre, dei « Corsi Internazionali » (« Internationale Fortbildungskurse »), ciascuno della durata di due settimane, i quali trattano dei progressi attuali in uno speciale campo.

I programmi per questi corsi si ottengono dal segretariato, Vienna IX, Porzellangasse 22 (Obermedizinalrat Dr. Kronfeld) ed anche dall'ufficio dei corsi suddetto.

Ufficio d'informazioni mediche.

Un ufficio per informazioni d'indole medica in Germania è allogato nella « Kaiserin Friedrich-Haus », Luisenplatz 2-4, Berlin N. W. 6. Esso ha carattere ufficiale e fornisce informazioni obbiettive a titolo gratuito. Qualunque medico si rechi in Germania per studio può mettersi in rapporto con esso, preliminarmente o dopo l'arrivo.

Ospedale Pan-Americano a New York.

Si è inaugurato a New York un Ospedale Pan-Americano, allo scopo di assistere i 200,000 latino-americani risiedenti nella città. L'ospedale è allogato in un edifizio di 9 piani e funzionerà senza intendimenti di lucro. Il corpo sanitario è costituito da professionisti nord-americani e latino-americani. È intenzione dei dirigenti che esso serva anche a addestrare medici e infermiere dell'America latina.

Per Luigi Pagliani.

L'insigne igienista ha ora compiuto 80 anni. Gl'italiani vanno debitori al Pagliani della legge 1888 « sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica del Regno », da lui elaborata nel corso di un anno, in seguito a invito pressante di Francesco Crispi.

La mortalità era allora in Italia del 31 per mille; ora si è ridotta a meno di 17: questo risultato, che ha un valore sanitario, economico e sociale, è in gran parte ascrivibile alla riorganizzazione della difesa della salute pubblica, voluta da Crispi ed attuata da Pagliani.

Per il prof. Michele Landolfi.

Il 4 dicembre hanno avuto luogo nella sala della Società Centrale Operaia in Napoli le onoranze al prof. Michele Landolfi, in occasione del suo venticinquesimo anno di esercizio professionale.

Vennero offerte al festeggiato una artistica medaglia d'oro ed una bellissima pergamena, belle « branches » di fiori e un « album » con le firme di tutti gli intervenuti. Sull'« album » è incisa la seguente dedica: « Al sommo Maestro che nell'arte di curare i corpi, avvicina le anime ». Ai varî oratori rispose il Landolfi, ringraziando.

Al Comitato per le onoranze sono pervenuti numerosi fervidi messaggi, fra cui da notare quelli del sen. Marchiafava, del prof. Gabbi, di Salvatore di Giacomo, ecc.

Erezione in Ente morale.

Con R. Decreto 12 agosto 1927, n. 1702, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 28 settembre 1927, n. 224, l'Opera pia « Crociata contro la tubercolosi », con sede in Torino, è stata eretta in ente morale e ne è stato approvato lo statuto organico.

Donazioni.

All'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia è stata offerta, da genitori che vogliono conservare l'incognito, nel quarto anniversario della morte del loro figlio, la somma di L. 100,000 di capitale nominale di Consolidato 5 %.

Il comm. rag. Vincenzo Brigatti ha donato all'Ospedale civico di Monza un padiglione completo per cure di otorinolaringologia, radio e fisioterapia.

Per lo studio della fisica medica.

Il sig. Eldridge R. Johnson ha donato 300,000 dollari, pari a circa 15 milioni di lire it., alla Università di Pennsylvania, per istituirvi una « fondazione di fisica medica ». Di quella somma non più di un quarto dovrà essere spesa per l'impianto; il resto verrà impegnato per il funzionamento. La fondazione è stata aggregata alla Clinica medica.

Una campagna per la raccolta di fondi, destinati a dare incremento all'Università, promossa dal clinico medico prof. Alfred Stengel, ha raggiunto con questa donazione l'ingente somma di 10 milioni di doll., pari a circa 175 milioni di lire italiane.

L'Istituto di Fisiologia di Parigi.

Con imponente cerimonia il 23 novembre furono inaugurati, dal ministro della pubblica istruzione Herriot, i nuovi laboratorî di fisiologia nel quartiere di Vaugirard. Essi sono organizzati e attrezzati nella maniera più moderna e accolgono già molti studiosi, sotto la direzione di Santenoise. Non occupano che una parte di un immenso insieme, ove già funzionano un Servizio di chirurgia diretto dal Duval e la clinica neuropsichiatrica dell'infanzia, diretta dal Rollet. Nel vasto terreno, che occupa più di quattro ettari, sorgeranno altri Istituti e tutti i Servizi della Facoltà medica.

Istituti scientifici in Germania.

Per promuovere la cooperazione scientifica nella soluzione dei problemi relativi alla tubercolosi ed alla lotta antitubercolare nella Germania Occidentale si è fondato un Istituto per gli studi della tubercolosi con sede a Düsseldorf. Analogamente si è fondato un istituto per lo studio del reumatismo, ad Aquisgrana, ed è prevista la fondazione di uno speciale laboratorio annesso all'istituto medesimo.

Una conferenza del prof. Signorelli.

Il 18 dic., al Policlinico Umberto I di Roma, nel grande anfiteatro di Clinica Oculistica, in presenza del Ministro della Pubblica Istruzione, on. Fedele, del comm. Piomarta, Commissario della Croce Rossa Italiana, dei rappresentanti della Sanità pubblica, della Sanità Militare, dell'Ufficio d'Igiene del Governatorato, degli Ospedali di Roma, ecc. e di un numeroso pubblico principalmente costituito da medici, il prof. A. Signorelli ha tenuto una conferenza sul come guarisce la tubercolosi polmonare. Ha anche dimostrato parecchi casi guariti con un nuovo metodo detto del « fibrotorace parietale ».

La conferenza è stata seguita con molto interesse.

Concorso per l'igiene alimentare.

Ad iniziativa della Reale Società Italiana d'Igiene, con l'appoggio della Fiera Campionaria di Milano, in occasione della Fiera-Esposizione che si terrà a Milano nel corso del 1928, è bandito un concorso d'igiene alimentare, diviso in 12 sezioni, al quale sono invitati a partecipare quanti esporranno sostanze alimentari o apparecchi, strumenti, mezzi conservativi, ecc. riferibili all'alimentazione umana.

Pletora medica in Inghilterra.

L'albo generale dei medici in Inghilterra reca 52,614 nomi, il che corrisponde incirca ad un medico ogni 1000 abitanti. Nel 1918 il numero dei

medici registrati era di 43,926; in 7 anni si è dunque avuto un incremento del 18 %. Questo incremento notevole è attribuito al forte numero d'iscrizioni avutosi nell'immediato dopo guerra e, sovratutto, al miglioramento delle condizioni economiche fatto a molti medici con la legge sulle assicurazioni contro le malattie.

In una intervista il dott. Fox, segretario generale dell'Associazione Medica Britannica, rileva che la tendenza ad un'offerta superiore alle domande è comune ad altre professioni. A suo avviso, i giovani medici incontrano oggi maggiori difficoltà a sistemarsi, che non i medici della generazione passata. Vi sono, però, nuove carriere, in rapporto con la tutela della maternità e dell'infanzia, con la lotta contro la tubercolosi, con le ispezioni mediche scolastiche ecc.

La proporzione tra medici e popolazione è maggiore negli Stati Uniti: 1 per 725. In Europa l'Inghilterra sta al primo posto; seguono la Svizzera con 1:1137, la Danimarca con 1:1200, la Germania con 1:1321. All'estremo opposta della scala stanno la Russia con 1:3789 e la Bulgaria con 1:4230.

Le morti da anestesia in Inghilterra.

Nel 1926 si sono avute in Inghilterra 556 morti da anestesia chirurgica, mentre nel 1911 erano state 276. Il ministro dell'igiene, che ha fornito queste cifre, attribuisce l'incremento al maggior numero di operazioni chirurgiche oggi compiute, rispetto a qualche decennio addietro.

La casa di Reed.

Il 15 ottobre si è svolta a Belroi, nello Stato di Virginia, una solenne cerimonia per consacrare la modesta casa ove nacque Walter Reed, quale monumento nazionale, ad iniziativa della Società Medica della Virginia. Furono tenuti vari discorsi da parte di personalità della scienza, della politica e dell'esercito; ebbero anche luogo delle esercitazioni militari ed una cerimonia religiosa, nella quale officiò un fratello del compianto eroe della medicina, il rev. James C. Reed di Blackstone.

Per intensificare la lotta contro le mosche.

Il Consiglio dei ministri ha approvato un provvedimento che autorizza il ministro dell'interno ad emanare ordinanze aventi carattere obbligatorio e munite di sanzioni penali per intensificare la lotta contro le mosche.

Ampliamento di suoni.

All'Esposizione elettrica e industriale che si tiene al « Grand Central Palace » di New York è stata fatta, dalla Stazione W R W Y, una dimostrazione di rafforzamento di suoni: battito cardiaco in condizioni normali e dopo una fatica o dopo un eccitamento psichico, respiro, scrittura di una lettera, cristallizzazione (così detti suoni molecolari), ecc. Il respiro normale di una persona veniva trasformato in un rumore simile a quello prodotto da un treno espresso. Si vuole che alcuni suoni siano stati rafforzati per 20 milioni di volte la loro intensità.

Si sono resi anche visibili i suoni, per mezzo di un radio-oscillatore.

Réclame originale.

L'agente spagnolo in Madrid di una Casa farmaceutica straniera ha fatto eseguire le silhouettes artistiche dei 600 medici madrileni più noti, ed ha fatto riprodurre le facciate e gl'interni dei più importanti edifizi medici della città; ha raccolto tutto questo materiale in ricchi albums, che ha distribuito gratis ai medici; le figure originali sono state messe in vendita nei luoghi di trattenimento e gl'introiti sono stati destinati alla Casa degli orfani di medici.

"IL DIRITTO SANITARIO ".

È il titolo fissato per la nuova Rivista che la Casa Editrice Pozzi si è prefissa di pubblicare fra breve e che sarà diretta dall'on. dott. Aristide Carapelle e dall'avv. Giovanni Selvaggi.

Mediante una circolare-referendum pubblicata nel fascicolo 49 del 5 dicembre e nel fascicolo 50 del 12 dicembre 1927, che ora si ripete alle pagine 43 e 44 del presente numero, è stato segnalato ai medici italiani il programma di lavoro che la nuova Rivista intende svolgere.

La Casa Editrice, che ha già riscosso molte approvazioni e raccolto un cospicuo numero di adesioni, sta attendendo alla preparazione del primo fascicolo il quale, appena pronto, verrà spedito a tutti coloro che ne hanno fatta richiesta.

Si è spento a Napoli, in età di 55 anni, il prof. LEOPOLDO RIZZO, direttore di reparto chirurgico all'Ospedale degli Incurabili. A lui accorrevano numerosi gli allievi. Lascia importanti contributi scientifici, tra cui vanno segnalati quelli sulla tubercolosi sperimentale dei mammiferi prodotta con la tubercolosi aviaria, sul potere assorbente delle articolazioni e sull'eziologia della gangrena gassosa. B. A.

A soli 40 anni decedeva in Garlasco, dove era medico condotto, il dott. GIULIO MASCHERONI. Di grande valore e di gran cuore, fu apprezzatissimo non soltanto nella sua condotta, ma anche nei paesi limitrofi. Alla famiglia, crudelmente provata, le nostre sentite condoglianze.

Dott. CIRO JEZZONI.

È morto a Genova il prof. GIOVANNI SIMONCINI, che dirigeva con perizia i servizi sanitari di quel porto in qualità di medico provinciale di prima classe. Era stato in precedenza a Tripoli, a Trieste ed a Palermo. Era libero docente in igiene.

R.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Presse Méd., 14 dic. — M. LETULLE. Le sorprese dell'appendicite cronica. — P. MOCQUOT e R. BUREAU. Esame radiologico dell'utero e delle trombe.

Med. Klinik, 16 dic. — R. KAUFMANN. Reperti autoptici nelle cardiopatie. — J. FRIGYESI. Gravidanza e colelitiasi. — F. HIRSCH. Sull'incremento dell'anemia pern.

Zeitschr. f. Tuberk., 4. — H. GLATZ. Rapporti tra tbc. intestinale e polmonare. — I. ZADEK. Professioni insalubri e tbc. — G. SCHRÖDER, E. BERGIN. Disinfez. dell'espettorato tubercolare.

Riv. Ital. di Terapia, 30 ott. — D. GIORDANO. Appendiciti in diabetici. — P. MARFORI. I bagni idrominerali dal punto di vista della loro costituzione fisico-chimica. — A. GASPARINI. La cura di Whipple nella anemia pernic.

Norsk Magazin Laegev., nov.-dic. — P. H. HOLST. Rachitismo sperimentale. — A. DE BESCHE. L'anafilassi in medicina interna. — H. P. LIE. Alterazioni vascolari da lebbra. — H. A. SALVESEN. Il cloruro sodico come regolatore della neutralità nell'organismo. — G. GULDBERG. Studî anatomici e clinici sul cancro.

Arch. Mal. App. Digest. ecc., nov. — J. GOFFIN. Amino-aciduria e amino-acidemia. — R. SAVIGNAC e R. MARÉCHAL. Plessalgie iliache sinistre.

Soc. d. Hôp., 15 dic. — L. LANGERON. Sifilide e morbo di Hodgkin. — P. F. ARMAND-DELILLE e C. LESTOCQUOY. Lobite tubercolare nei fanciulli.

Minerva Med., 20 dic. — F. PLACEO. Variazioni della pressione sanguigna nelle diverse forme di anestesia dopo interventi operativi.

Boston Med. a. Surg. Journ., 8 dic. — C. G. HEYD. Lo iodio nelle malattie della tiroide.

Riv. di Cl. Ped., dic. — G. MACCIOTTA. Funzioni e importanza della milza sullo sviluppo e sull'accrescimento.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

"Il Policlinico„ Sezione Medica e Sezione Chirurgica

Affinchè i Medici possano apprezzare l'importanza delle Memorie originali che vengono accolte nelle nostre *Sezioni Medica e Chirurgica,* riportiamo l'indice alfabetico delle memorie stesse pubblicate nell'anno 1927.

Sezione Medica del « POLICLINICO »

LAVORI ORIGINALI.

RIVISTE SINTETICHE.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

Sezione Chirurgica del « POLICLINICO »

MEMORIE ORIGINALI.

RIVISTE SINTETICHE.

Per l'anno 1928.

Riviste speciali di nostra edizione concesse agli associati al "Policlinico,, in abbonamento cumulativo pel 1928.

Gli associati al « Policlinico », a qualunque Serie siano essi abbonati, coll'aggiunta di sole:

L. 30 per l'Italia o **L. 45** per l'Estero

potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1928 di **una** delle tre seguenti nostre Riviste di specialità.

CUORE E CIRCOLAZIONE

Continuazione de

Le malattie del cuore e dei vasi

PERIODICO MENSILE ILLUSTRATO

diretto dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Clinico Medico di Roma

Ogni fascicolo si compone di 44-48 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, lezioni e conferenze *b)* rassegne, riviste e congressi; *c)* notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 36 — Estero L. 55 — Un numero separato L. 5,00
Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 30 — Estero L. 45

N. B. — *Ai nuovi abbonati del 1928 a " Cuore e Circolazione ,, si concedono le intere annate 1920-1921 1922-1923. del periodico " Le malattie del cuore ,, nonchè 1924, 1925 (questa senza il Fascicolo 5 esaurito), 1926 e 1927 di " Cuore e Circolazione ,, per sole L* 150 *se in Italia, e per sole L.* 200 *se all'Estero, in porto franco*

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

fondata nel 1898 dal Prof. F. LA TORRE

diretta da PAOLO GAIFAMI

Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di BARI

Ogni fascicolo si compone di oltre 48 60 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori la pagina del medico pratico, ecc.; *b)* recensioni, quesiti e commenti, bibliografia; *c)* Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 36 — Estero L. 55 — Un numero separato L. 5.00
Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 30 — Estero L. 45

N.B. — *I nuovi abbonati del 1928 possono ottenere l'annata del 1925 senza il 1° fascicolo (esaurito) più le intere annate 1926 e 1927 per sole L.* 75 *se in Italia e per sole L.* 110 *se all'Estero, in porto franco.*



IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di PISA

Questa rivista, che entra nel quarto anno di vita, si è affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scientifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 36 — Estero L. 55 — Un numero separato L. 5.00
Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 30 — Estero L. 45

N. B. — *Ai nuovi abbonati del 1928 a " Il Valsalva ,, si concedono le intere annate (1925, 1926 e 1927) del periodico stesso, per sole L.* 75 *se in Italia e per sole L.* 110 *se all'Estero, in porto franco.*

IMPORTANTE: Coloro che assumeranno l'abbonamento A TUTTE E TRE LE RIVISTE *e ne invieranno subito l'importo, queste saranno loro cedute al* **prezzo di favore** *di sole:*

L. 87 per l'Italia o L. 125 per l'Estero

Inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario all'Editore LUIGI POZZI — *Via Sistina, 14* - ROMA.

Ai già abbonati a queste Riviste rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di applicare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

professionale, non può prescindere dalla conoscenza esatta dei fenomeni giuridici: lo riguardano e quindi lo interessano.

Nell'attuale periodo di profondo rinnovamento degli ordinamenti giuridici, la utilità di queste conoscenze è anche una necessità.

La Rivista sarà una guida chiara e semplice specialmente per tutto ciò che attiene alle istituzioni sociali, ai rapporti d'impiego con enti pubblici, all'esercizio delle professioni, all'ordinamento sindacale, ai poteri di polizia sanitaria ecc.

Sarà pubblicata ogni mese in fascicoli di circa 48 pagine di testo e formerà a fine d'anno un volume di oltre 500 pagine, con indici sistematici. L'abbonamento annuo sarà di L. 35 – (per gli associati al *Policlinico* sole L. 25).

Coloro che riconoscono la utilità della nostra iniziativa sono vivamente pregati di inviare, per adesione di massima, **la quale non importa impegno di abbonamento,** *l'unito tagliando in busta aperta affrancata con 10 centesimi.*

Il numero delle adesioni costituirà per noi motivo d'incoraggiamento all'attuazione del nostro proposito.

Casa Editrice POZZI

Roma, Via Sistina, 14, Roma.

Tagliando da staccare.

S. P. ***

Da inviare quale stampa in busta aperta affrancata con 10 centesimi.

Alla Spett.

Casa Editrice **POZZI**

Via Sistina N. 14 *ROMA (6)*

ANNO XXXV Roma, 16 Gennaio 1928 Fasc. 2

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Il fegato nella cura delle anemie.

Una nuova scoperta terapeutica ci viene dal l'America Settentrionale, in esito ad una serie di lavori compiuti nel corso degli ultimi cinque anni e dai quali è emersa in modo indiscutibile l'azione benefica del fegato, nella razione alimentare, per correggere le anemie di varie specie e sovratutto l'anemia perniciosa.

Base sperimentale.

Le ricerche sperimentali hanno perfettamente stabilito l'azione del fegato, usato come cibo, sopra diversi processi fisiologici.

Così Osborne e Mendel avevano riconosciuto che negli animali in via di sviluppo il fegato agisce promovendo un rapido aumento di peso e di statura.

Dal 1920 al 1925 Whipple e i suoi collaboratori, Robscheit-Robin e Hooper, nell'Università di Rochester, hanno studiato sperimentalmente l'azione di alcuni alimenti e medicinali sulla rigenerazione del sangue, e n'è emerso il compito notevole che il fegato è in grado di esercitare su questo processo fisiologico.

Il loro studio fu compiuto su cani mantenuti ad un livello molto basso di emoglobina. Le prime esperienze vennero eseguite provocando anemie di breve durata, prodotte da 2-3 salassi copiosi; ma avendo accertato che i cani posseggono efficaci fattori di riserva e di compenso, i quali permettono loro di rigenerare spontaneamente grandi quantità di emoglobina, per evitare questa causa di errori si provvide a mantenerli in stato di anemia secondaria persistente al 40-50 % di emoglobina, per mezzo di salassi settimanali e di un regime alimentare costante (razione basale).

Una volta raggiunto l'equilibrio, si saggiarono vari medicinali e alimenti, per stabilire quali fossero i più attivi nello stimolare la produzione di emoglobina e di emazie (valore emopoietico) e quale fosse il meccanismo di rigenerazione delle anemie. È risultato che l'arsenico e il germanio falliscono, mentre il ferro si mostra efficace. I migliori stimolanti dell'emopoiesi però furono alcuni visceri usati come alimenti: fegato, rene e cuore. Sopratutto il fegato si è mostrato attivissimo: una vigorosa rigenerazione di emoglobina e di emazie si ottiene somministrando, con l'alimentazione ordinaria, tessuto epatico di varie specie animali: bovini, in minor grado maiali, montoni, pollami; il fegato di pesce è inattivo. Sensibilmente meno efficace del fegato è il rene. Meno ancora lo sono i muscoli, e tra questi il solo che abbia una discreta effica-

cia emopoietica è il miocardio. I vegetali determinano rinnovamento sanguigno meno attivo; alcuni di essi però sono più efficaci di altri, in particolare gli spinaci, cui seguono le foglie di barbabietola, gli asparagi, la lattuga, i carciofi, i cavoli, le carote. I dati relativi a questi alimenti sono difficili a stabilire nel cane, il quale si presta male ad un'alimentazione vegetariana; derivano principalmente da osservazioni cliniche. È risultata, inoltre, la nocività delle sostanze grasse. Notiamo che anche Stoelzer segnalava, nel 1921, l'azione sfavorevole dei grassi sulla rigenerazione sanguigna.

Applicazioni cliniche.

Dopo un primo tentativo di Gibson e Howard, queste nozioni vennero trasportate in clinica, nel 1926, da Minot e Murphy, dell'Università di Harvard, per il trattamento dell'anemia perniciosa. Essi partirono da una serie di rilievi e di considerazioni e specialmente dal fatto che molte malattie da carenza alimentare (pellagra, sprue, beri-beri, ecc.) si associano ad anemia grave.

L'anemia perniciosa aveva sfidato sin'oggi ogni specie di trattamento: era la sua caratteristica e ne giustificava il nome. Si era tentata tutta una serie di mezzi terapeutici; ma i benefizi erano dubbi o fugaci, compresi quelli ascrivibili alla trasfusione di sangue, messa in voga recentemente.

Invece Minot e Murphy hanno ottenuto risultati sorprendenti utilizzando l'alimentazione con tessuto epatico in quantità copiosa; anche il rene si è dimostrato utile, in conformità alle premesse sperimentali di Whipple. Al tempo stesso, quegli AA. somministravano frutta e vegetali freschi.

Nel 1926 riferirono su 46 casi di anemia perniciosa così trattati; nel 1927, su 125 casi, compresi quelli precedenti. La loro casistica è divisa in gruppi, a seconda del grado iniziale di anemia; ma il risultato globale è che, di 105 pazienti con anemia profonda, 99 mostrarono vere resurrezioni: il numero di emazie si elevava durevolmente oltre i 4 milioni, il tasso emoglobinico si avvicinava molto al normale, tutti i sintomi si emendavano, così quelli obbiettivi come quelli subbiettivi: si aveva scomparsa dell'astenia, degli edemi, dei gravi disturbi della digestione, aumento di peso, ritorno della capacità lavorativa, ecc. Solo in 6 non si è riusciti a portare durevolmente il numero delle emazie sopra 4 milioni; ma 5 di essi eseguirono una cura incompleta o imperfetta e il sesto era affetto da pielite e forse anche da cirrosi epatica. Si sono avuti 3 morti, di cui 2 da cause intercorrenti.

Il metodo si è súbito imposto all'attenzione e ora va rapidamente diffondendosi: dai varî punti del globo giungono notizie di risultati positivi, e a volte di remissioni complete, ottenute per mezzo dell'alimentazione epatica.

Dalle osservazioni di Minot e Murphy risultava che la dieta ricca di fegato è quasi specifica dell'anemia perniciosa (essenziale, criptogenetica, di Biermer). Gli AA. ammonivano di non confondere questa con altre anemie gravi (come gli stadî aleucocitemici della leucemia, la mielosi aleucemica, lo sprue). Aggiungevano che del metodo possono beneficare anche le anemie secondarie, ma a solo titolo adiuvante. Ne limitavano le indicazioni ai casi con segni di reazione midollare.

Osservazioni di altri autori hanno portato ad estendere il metodo: esso è stato vantaggiosamente attuato nelle anemie post-malariche (Aïthoff e Loewy), nelle anemie di manifesta origine intestinale (Rathery e Maximin), nelle anemie consecutive a suppurazioni (Nelme), in quelle post-emorragiche, da emorroidi, da metrorragie, ecc. (Pal), in quelle consecutive e radioterapia, in quelle splenomegaliche (tipo Banti), ecc. Il metodo sembra dunque suscettibile di rendere dei servigi in tutti i casi di anemie gravi o di media intensità.

Le applicazioni più numerose sono state fatte nella patria d'origine, gli Stati Uniti; ci limitiamo a segnalare la casistica di Means (36 soggetti, di cui 1 morto per malattia intercorrente e gli altri curati) e quella di Lichty (12 soggetti).

In Austria hanno riferito su casi di anemia grave e perniciosa, così trattati, Pal e poi Jagic e Spengler. Questi ultimi, in 10 pazienti hanno forzato le dosi del fegato; somministravano anche acido cloridrico: in tutti i casi i risultati furono ottimi; tra gli altri, un paziente prossimo a morire riacquistò, nel corso di 7 settimane, 4.900.000 emazie e tornò al lavoro; gli autori credono che il metodo possa estendersi a tutti i casi in cui è desiderabile una stimolazione del midollo osseo, come leucemie, anemie aplastiche, agranulocitosi.

In Francia esso è stato applicato da Emile-Weil (4 casi), da Rathery e Maximin (un caso di anemia perniciosa ed uno di anemia grave, ribelli a tutte le cure, furono rapidamente migliorati fino alla guarigione clinica), da Crouzon e al. (in un caso di anemia a tipo pernicioso associata a sclerosi multipla le emazie passarono, nel corso di 3 mesi, da 1.700.000 a 4. 200.000), da Aïtoff e Loewy (5 casi), da Fiessinger e Castéran (1 caso), da Rieux (1 caso), ecc.

In Germania Rosenow si è valso del metodo in 5 casi; registra 4 successi. Somministrava anche acido cloridrico; in 3 casi fece uso, inoltre, di colesterol irradiato, che gli parve favorire molto la remissione. Schottmüller riferisce sopra 5 casi con ottime remissioni.

In Olanda Hogenboom ha osservato una rige-

nerazione del sangue con rapidità straordinaria, di 75.000 emazie per mmc. ogni giorno, in media, per 48 giorni.

In Inghilterra segnaliamo le osservazioni di Anderson e Spriggs, di Hurst; in Australia di Elliott.

Nel Belgio Lemaire (che fu il primo a introdurre il metodo in Europa) ha osservato risultati notevolissimi in 4 casi. In Spagna Ontiveros registra remissioni complete in 3 casi; Pittaluga e Calandre hanno ottenuto benefizi rapidissimi in un caso. In Argentina sono pure descritti alcuni casi con ottimi risultati; Rossi considera questo trattamento come il migliore oggi conosciuto. In Italia A. Gasparini ha trattato 3 casi, di cui 2 con notevole successo, 1 negativo.

È certo che la letteratura medica registra solo una minima parte dei casi trattati. Si può dire che oggi non v'è anemico il quale non faccia uso del fegato.

Le applicazioni vanno estendendosi. Così Miller e Martinez hanno usato l'estratto di fegato in 50 casi di tossiemie della gravidanza, di cui 7 con eclampsia e 43 pre-eclamptici; si sono ottenuti sempre miglioramenti e sono mancate o cessate le convulsioni; si è prodotta una sola morte, da scompenso cardiaco. Nelle nefriti che datavano da prima del concepimento però non si è avuto nessun effetto, salvo miglioramenti sintomatici. Grossmann si è valso con successo del metodo nella nefrosi lipoidea genuina

Esso sembra non avere controindicazioni. Aïtoff e Loewy avanzano qualche riserva per i gottosi: pensano che questi possono essere pregiudicati dalla forte introduzione di purine. Van Lersum aveva ammesso che l'alimentazione epatica determini aumento della pressione sistolica ed aterosclerosi; ma Domiguez, con ricerche accurate, non lo ha confermato.

Meccanismo d'azione.

Secondo Whipple e Robscheit-Robin, le loro ricerche sperimentali portano ad ammettere che l'anemia perniciosa è dovuta a difettosa elaborazione, più che ad aumentata disintegrazione, dei corpuscoli sanguigni. Essi pensano che la malattia sia ascrivibile a deficienza di materiale per la costruzione dello stroma delle emazie: il fegato fornirebbe questo materiale.

Le ricerche cliniche di Minot e Murphy hanno confermato siffatta concezione. Secondo le loro verifiche molto rigorose, la prima risposta dell'organismo all'alimentazione con fegato, nell'anemia perniciosa, è l'aumento temporaneo, spesso marcato, delle emazie granulo-filamentose, prima ancora che si determini aumento nel valore globulare e nel tasso emoglobinico. Questi autori ne desumono che il fegato stimola la maturazione dei megaloblasti, i quali sono presenti in grande quantità nel midollo osseo degli anemici progressivi e ne costituiscono la lesione più tipica.

Invece, nelle anemie secondarie non si è riscontrato aumento apprezzabile dei reticulociti dopo somministrazione di fegato; correlativamente, in questi casi non esiste aumento dei megaloblasti nel midollo osseo.

Secondo Jagic e Spengler, parlano per la rigenerazione ematica, ammessa da Minot e Murphy, l'aumento dei leucociti, specialmente neutrofili, e lo spostamento a sinistra della formola di Arneth, comportamenti da essi accertati prima ancora che si determinasse aumento numerico delle emazie.

Sono state formulate anche altre ipotesi. Così Hayem vede nell'alimentazione con fegato un modo di somministrazione del ferro organico assimilabile. Secondo Simmonds, Becker e McCollum, interviene un'azione combinata del ferro e della vitamina E, contenuti nel fegato. Secondo Lemaire, i parenchimi viscerali agirebbero per la ricchezza di proteine e di nucleine, i legumi verdi per il ferro organico e per le vitamine e forse perchè assorbono le sostanze tossiche elaborate nell'intestino. Per Kossler e Maurer entra in gioco una vitamina lipo-solublie; essi difatti hanno ottenuto dei successi terapeutici impiegando, in 42 soggetti, una dieta complessa, che comprende anche il fegato, ricca di vitamine. Macht ha dimostrato che il siero degli anemici progressivi è tossico e che la tossina viene inattivata dai raggi ultravioletti, la cui azione è accresciuta da aniline che agiscono da foto-sensibilizzatrici; in base a queste ricerche egli sospetta che il fegato contenga un pigmento foto-sensibile. Secondo Labbé, il fegato porta delle sostanze che proteggono le emazie contro la lisi.

Tra le varie ipotesi quella di Minot e Murphy si presenta come la più semplice e la più attendibile. Essa si concilia con le ricerche che ora passiamo a riferire.

Principio attivo.

Individuare il componente attivo del tessuto epatico avrebbe importanza scientifica e pratica.

Lavorando in questa direzione, si sono già ottenuti risultati rimarchevoli.

Difatti Cohn, con la collaborazione di Minot e col concorso di alcuni allievi, è riuscito a preparare la sostanza attiva in forti concentrazioni (estrazione del fegato con soluzione alcalina a pH=9, trattamento ulteriore con soluzione acida a pH=5, precipitazione delle proteine mediante riscaldamento a 70° C., sottrazione dei grassi e di altre sostanze solubili in etere, estrazione con alcool, estrazione con acqua distillata, evaporazione).

La sostanza così ottenuta è esente da lecitine e da lipoidi comuni; non contiene che tracce di proteine, di zolfo e di ferro; non esercita azione vitaminica. Importa di segnalare la povertà del ferro negli estratti concentrati, poichè essa prova che non entra in gioco l'azione emopoietica di questo metallo e fa cadere l'ipotesi di Hayem. Importa di segnalare anche la mancanza di azione vitaminica, il che fa cadere l'ipotesi di Simmonds e altri. La povertà di proteine fa escludere l'ipotesi avanzata da Lemaire.

L'estratto rappresenta meno del 2 % del tessuto epatico, il che prova quale progresso sia stato compiuto. La preparazione di questa sostanza concentrata, di cui dosi piccolissime bastano a produrre buoni effetti terapeutici, rappresenta un vero successo della biochimica applicata alla clinica. Un passo ulteriore porterà senza dubbio i chimici all'isolamento della sostanza dotata degli effetti fisiologici.

Altri tentativi di estrazione sono stati fatti da Whipple e Robscheit-Robbins, da West, da Jeney e Jogling, da Pal.

Queste ricerche hanno importanza pratica, data la difficoltà che s'incontra oggi nel mantenere a lungo l'alimentazione quotidiana con forti quantitativi di fegato. Se si riuscisse ad allestire ed a somministrare ai pazienti una preparazione concentrata, si eliminerebbe la monotonia dell'alimentazione, che a volte riesce intollerabile.

Tecnica.

La quantità di fegato che sembra necessaria per ottenere buoni risultati terapeutici è abbastanza alta; essa va ripetuta tutti i giorni e per mesi.

Minot e Murphy danno la preferenza al fegato di vitello; in mancanza, può usarsi quello di vacca, di montone o di pollo. In caso di disgusto, sostituiscono il fegato con rognone, il quale però è meno attivo.

I principî utili resistono alla cottura, a condizione che questa non sia eccessiva, poichè allora perdono di efficacia. Questi autori, pertanto, danno la preferenza al fegato cotto per una decina di minuti.

Somministrano 120-200 grammi di fegato pesato cotto (corrispondente a 200-300 g. di fegato crudo) in una o più volte durante il giorno, a volontà del malato. Alcuni malati ne tollerano fino a 250 g. ed in questi casi conviene di elevare la dose; per altro non è certo che uno stimolo intenso del midollo osseo sia sempre di vantaggio. Gli AA. insistono sulla necessità di consumare anche il liquido di cottura del fegato, ove passano in buona parte i principî utili. Nell'ultima comunicazione riferiscono però di aver ottenuto buoni risultati anche da dosi ridotte (di una settantina di grammi di fegato cotto).

Questi autori raccomandano varie norme, ed in particolare di ridurre il consumo di grassi; evitano in modo speciale l'olio di oliva e gli altri olî vegetali, perchè contengono acidi grassi liberi (ad azione emolitica decisa); limitano il consumo di grassi a non oltre una settantina di grammi di burro. Perchè ricchi di grasso, scartano il fegato di maiale e quello d'oca. Tra le preparazioni culinarie del fegato, danno la preferenza all'arrosto, perchè non richiede l'impiego di grassi. Ulteriori ricerche però li portano ad ammettere che un eccesso di grassi è dannoso non per sè, ma solo quando turba la digestione: basta dunque non affaticare il sistema digerente.

Questi autori razionavano anche gli amilacei: non più di una settantina di grammi di pane ben cotto o tostato; ma ora sono meno severi. Forniscono in abbondanza frutta fresche (intorno a 400 g.), verdure (intorno a 300 g.); inoltre prescrivono della carne muscolare; se il paziente lo desidera, concedono del latte (preferibilmente scremato); il caffè e il tè possono consumarsi a discrezione. Se è presente o se insorge diarrea, si sospende la frutta.

Per mantenere l'equilibrio energetico dell'organismo gli AA. stimano indispensabile di fornire almeno 2500 calorie al giorno (per un soggetto di peso medio).

Altri autori hanno semplificato molto la cura: in genere si limitano a somministrare il solo fegato, lasciando piena libertà nella scelta di tutti gli altri cibi; i risultati paiono altrettanto buoni.

Varia la quantità di fegato somministrato dagli altri autori; Jagic e Spengler forzano la dose, fino a 300-500 g., e Schottmüller è giunto alle dosi veramente enormi di 500-600 g. (in 3 su 5 pazienti); di solito però essa viene limitata a 200-250 g. (di fegato pesato crudo) e può bastare molto meno.

Alcuni autori prescrivono anche acido cloridrico, per facilitare la digestione, che lascia tanto a desiderare nell'anemia perniciosa: così praticano Jagic e Spengler, Ontiveros, Rosenow, ecc. Quest'ultimo somministra, inoltre, ergosterol irradiato, sciolto in olio d'oliva (8 gocce 3 volte al giorno, corrispondenti a 8 mg. incirca di ergosterol al giorno). Pal somministra ergosterina; Macht pratica iniezioni fotosensibilizzanti; Kutcher irradia il fegato; Emile-Weil combina la cura di fegato con trasfusioni di sangue e iniezioni d'insulina; ecc. In genere però la cura si limita all'alimentazione epatica.

Il maggiore inconveniente è che il fegato, apprezzato e bene accetto quando non si deve mangiarlo tutti i giorni, riesce sgradevole quando s'insiste nel consumo, fino a rendere impossibile,

per molti ammalati, di continuare la cura. È essenziale di evitare la stanchezza e il disgusto. All'uopo importa molto che le preparazioni del fegato siano appetitose e variate. Si sono ricercate delle ricette nei libri di cucina; si sono confezionati arrosti, salsicce, budini, puddings. ecc., di fegato. Nel *Journal A. M. A.* (15 ottobre 1927) è riportata una serie di tali ricette. (Eccone due per curiosità. Ricetta francese: 1 libbra di fegato di vitello, in fette sottili, si spolvera con pane grattugiato, vi si aggiunge un cucchiaio di prezzemolo finemente triturato, mezzo cucchiaio di sale, mezzo di pepe e una fetta di prosciutto in sottili striscie; si cuoce al forno per mezz'ora. Ricetta inglese: 1 libbra di fegato viene lessato, grattugiato, mescolato con 1/4 di libbra di pane sgretolato, con 3 fette di lardo a pezzetti, con i tuorli di 2 uova; si insaporisce; si cuoce al vapore, in una forma burrata). In Italia s'è abituati a consumare il fegato e si sa confezionarlo a dovere; l'Artusi reca alcune buone ricette, che chiunque può riscontrare.

Si è anche tentato di far consumare fegato crudo, data la presumibile maggiore efficacia di esso; Minot e Marphy hanno notato che alcuni malati preferiscono la poltiglia di fegato crudo, ingerendola come una medicina senza assaporarla; Biering prescrive la poltiglia di fegato con succo d'arancio; Fiessinger in sandwichs al caviale; altri in brodo tepido di carne sgrassato o di legumi; Wilkins descrive persino un cock-tail allestito con polpa di fegato crudo; ecc.

Aïtoff e Loewy insistono sul consumo di fegato nella seguente forma: lessarlo per una decina di minuti; ridurlo a poltiglia con un tritacarne o raschiandolo; setacciarlo e mescolarlo al liquido di ebollizione, usando anche il liquido che si forma nella manipolazione.

È difficile di far accettare il fegato da alcuni malati, affetti da anoressia e da disturbi digerenti, in specie quando la malattia è avanzata; in questi casi Aïtoff e Loewy hanno impiegato con successo il gavaggio con la sonda: gli effetti sono stati subito buoni, anche sulla digestione e l'appetito; il metodo pertanto meriterebbe di essere più largamente adottato.

Secondo Koessler e Maurer, si può usare estratto acquoso di fegato, aggiungendovi vitamina concentrata (estratta da embrioni di frumento) e succo d'aranci (questa dieta venne saggiata in 42 pazienti, come abbiamo già visto).

Schottmüller ha allestito un preparato polverulento che in poco volume contiene forti quantità di fegato e che è facile a prendere, mescolandolo a verdura, a composta di mele, a purée di patate, a burro, a marmellate spalmate sul pane; viene posta in commercio col nome di « hepatopson ».

Lemaire, Rossi e altri stimano indifferente l'uso di fegato o di rognone. Si può ricorrere anche ad altri succedanei, come cuore, carne in genere.

Dopo ottenuto un forte miglioramento, la dose di fegato viene ridotta, ad es., si somministra solo per tre giorni ogni settimana.

Non giova eccedere: forzare la rigenerazione del sangue può forse danneggiare.

Quanto tempo deve durare il trattamento? Ancora non si può dire in modo definitivo.

È troppo presto per parlare di risultati stabili. Sappiamo solo che, dopo avere sospeso il trattamento per 2-6 mesi e oltre, ancora ne persistevano gli effetti benefici; ma è probabile che possano insorgere recidive: occorre dunque sorvegliare. In un caso di Schottmüller, i sintomi dell'anemia ricomparvero qualche tempo dopo avere smesso il trattamento, per dileguare di nuovo, nello stesso modo brillante, dopo averlo ripreso.

Secondo Labbé, per evitare le recidive conviene continuare il trattamento: egli insiste sulla necessità di lunghe osservazioni prima di formulare un giudizio definitivo.

Il metodo segna un trionfo per le anemie rigenerative; invece fallisce o rischia di fallire in quelle aplastiche, in cui il midollo osseo è incapace di rigenerare le emazie, anche imperfette, in specie nelle forme emorragiche, e nelle Biermer estreme, in cui la funzione emopoietica manca quasi del tutto.

Concludendo, l'alimentazione epatica dà risultati ottimi nella cura dell'anemia perniciosa e delle anemie gravi; giova saggiarla anche in altre forme accompagnate da deperimento organico. È troppo presto per stabilire se i risultati siano persistenti e definitivi, ma il medico pratico ha il dovere di ricorrervi.

L. VERNEY

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

G. H. WHIPPLE, C. W. HOOPER e F. R. ROBSCHEIT Amer. Journ. Physiol., sett. 1920.

G. H. WHIPPLE e F. R. ROBSCHEIT-ROBBINS. Ibidem, mag. 1925.

G. R. MINOT e W. P. MURPHY. Journ. A. M. A., 14 ag. 1926.

G. R. MINOT. Boston Med. a. Surg. Journ., 26 agosto 1926.

A. LEMAIRE. Journ. de Méd. de Bordeaux, 25 aprile 1927.

F. RATHERY e M. MAXIMIN. Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 8 lug. 1927 (discuss.: CROUZON, RIST, M. LABBÉ).

P. EMILE-WEIL. Ibidem, 15 lug. 1927 (discuss.: RATHERY).

N. FIESSINGER e R. CASTÉRAN. Soc. d. Hôp., 22 luglio, 1927.

E. S. COHN et AL. Journ. Biol. Chemistry, lug. 1927.

G. PITTALUGA e L. CALANDRE. Arch. de Cardiol. y Hematol., lug. 1927.

I. B. PI-SUNER. Ibidem.

O. CROUZON, P. MATHIEU e GILBERT-DREYFUS. Rev. Neurolog., lug. 1927.
B. GIBSON e C. P. HOWARD. Arch. inter. Med., luglio 1927.
ROSENOW. Klin. Woch., 13 ag. 1927.
H. A. MILLER e D. B. MARTINEZ. Amer. Journ. Obst. a. Gyn., ag. 1927.
L. H. NELMS. New York M. Journ. Med., 1 sett. 1927.
K. K. KOESSLER e S. MAURER. Journ. Am. Med. Ass., 3 sett. 1927.
D. J. MACHT. Journ. A. M. A., 3 sett. 1927
Folha Med., 16 sett. 1927 (editor.).
G. R. MINOT e W. P. MURPHY. Journ. Amer. Med. Ass., 17 sett. 1927 (discuss.: LICHTY, MEANS e al.).
K. K. KOESSLER e S. MAURER. Ibidem.
W. T. WILKINS. Ibidem.
R. DOMIGUEZ. Journ. exper. Med., sett. 1927.
I. C. BRILL. Journ. A. M. A., 3 ott. 1927.
P. ESCUDERO e M. E. VARELA. Semana Méd., 13 ottobre 1927.
R. ROSSI. Ibidem.
Journ. Am. Med. Assoc., 15 ott. 1927 (editor.).
F. J. ANTIVEROS. Arch. de Med., Cir. y Espec., 15 ott. 1927.
J. PAL. Wien. Med. Woch., 20 e 27 ott. 1927.
A. F. HURST. Brit. Med. Journ., 15 ott. 1927.
SCHOTTMÜLLER. Münch. Med. Woch., 23 ott. 1927.
A. GASPARINI. Riv. Ital. di Ter., 30 ott. 1927.
J. H. ANDERSON e E. I. SPRIGGS. Lancet, 5 nov. 1927.
C. ELDERS. Med. Tijdschr. Need.-Indië, 5 nov. 1927.
K. BRANDENBURG. Med. Klinik,, 11 nov. 1927.
C. A. ELLIOTT. Med. Journ. Australia 12 nov. 1927.
N. JAGIC e G. SPENGLER. Wien. Kl. Woch., 24 novembre 1927.
R. LEVENT. Gaz. d. Hôp., nov. 1927. (Numero speciale).
A. JENEY e J. W. JOBLING. Journ. exper. Med., 1° dicembre 1927.
H. BIBERFELD, Deut. Med. Woch., 9 e 16 dic. 1927.
J. MOUZON. Presse Méd.. 21 dic. 1927.
J. RIEUX. Journ. d. Praticiens, 24 dic. 1927.

Per altri dati e per seguire lo sviluppo ulteriore del problema consigliamo di valersi del *Journ. Amer. Med. Assoc.*

Dic. 1927.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MAGGIORE DI S. GIOVANNI BATTISTA
E DELLA CITTÀ DI TORINO.
SEZIONE CHIRURGICA diretta dal Prof. G. SERAFINI.

A proposito di ulcere superficiali da radio-necrosi.

Dott. G. M. ANTONIOLI.

Storia Clinica: Paolo S., d'anni 63, ingegnere, di Pegli. Nulla nel gentilizio e nell'anamnesi, che abbia importanza per la malattia attuale.

Ai primi giorni del gennaio 1926, cominciò ad accorgersi di una piccola tumefazione rotondeggiante, arrossata, delle dimensioni di un nòcciolo di ciliegia, situata in corrispondenza della cute della regione zigomatica sinistra. Venne curata, inizialmente, con pomate, senza alcun risultato.

In febbraio, la lesione, che aveva raggiunto le proporzioni di una nocciòla, a cute sovrastante arrossata e finamente desquamante, si ulcerò nel centro, assumendo l'ulcerazione la forma di un piccolo cratere, a fondo e margini irregolari, di colore grigio-rossastro, facilmente sanguinanti.

Fu diagnosticata come una forma neoplastica e curata (10 febbraio) con due applicazioni di raggi X, fatte in giorni consecutivi, la prima di un'ora e l'altra di mezz'ora di durata.

Verso la metà di marzo, lo stesso sanitario fece un'applicazione di radium, con filtro, per circa un'ora.

La cura radioterapica fu, per maggior comodità del paziente, continuata nei mesi successivi, in un Istituto di Genova, dove le altre applicazioni si susseguirono nel seguente ordine cronologico:

31 marzo: infissione di aghi di radium sul contorno dell'ulcera, per la durata di un'ora.

1° aprile: applicazione, per due ore, di una grossa placca contenente radium con filtro e abbracciante anche i dintorni della lesione. Successiva applicazione di un piccolo disco di radium senza filtro, per la durata di mezz'ora, sulla sola superficie ulcerata.

2 aprile: applicazione « en surface » di radium senza filtro, per un'ora, e successiva di radium con filtro, per sei ore.

28 aprile: apparecchio di radium, disposto in superficie, senza filtrazione, per la durata di 50 secondi; con filtrazione, per due ore.

30 aprile: raggi X per un'ora e tre quarti.

Dopo quest'ultima applicazione venne cessata la cura. L'ulcerazione si era andata detergendo, riparandosi dalla periferia verso il centro come sogliono guarire le ulcerazioni neoplastiche, in seguito a trattamento radioterapico. Rimase una zona, non più grossa di una testa di spillo, arrossata, rilevata, non secernente.

Alla fine di maggio, questo piccolo rilievo puntiforme cominciò ad aumentare di volume, facendo salienza sulla cute. In poche settimane la lesione aveva ripreso le dimensioni di una piccola noce, senza peraltro ulcerarsi.

Vennero perciò riprese le applicazioni:

11 giugno: raggi X, per due ore.

16-17 giugno: radium senza apparecchio di filtrazione, per 40 minuti; radium con filtrazione, per 12 ore.

7-8 luglio: radium senza filtro, per 40 minuti; radium con filtro, per 10 ore.

23 luglio: raggi X, per un'ora.

28-29 luglio: radium con filtro, 12 ore.

14 agosto: raggi X, per un'ora e un quarto.

Durante questa seconda serie di applicazioni, la cute sovrastante il tumore, e quella dei tessuti sani circostanti si era fatta rossa, tesa, lucente, e più tardi rosso-violacea. Verso il 20 agosto, comparvero sulla cute rivestente il tumore, alcune vescicole che rapidamente si aprirono, lasciando scoperto un tessuto grigio biancastro. Da queste piccole ulcerazioni superficiali prese origine una ampia lesione necrotica.

Fatta diagnosi di radio-dermite, fu iniziata una cura appropriata, tendente a facilitare la riparazione della perdita di sostanza, senza però ottenere alcun risultato.

L'ulcera anzi si estese rapidamente in superficie e divenne facilmente sanguinante.

Il paziente entra in Ospedale (sezione prof. Serafini) il 24 settembre, per l'escissione chirurgica dei tessuti radio-necrotici.

L'*esame macroscopico* della lesione rileva quanto segue: profonda ulcerazione ovalare, della grossezza di una moneta da venti centesimi, con fondo grigiastro necrotico, qua e là screziato di punti rossi. I bordi sono rilevati, tumefatti, e la pelle circostante presenta un'infiltrazione diffusa, iperemia locale ed è sede di un prurito intenso. Essa è fissa sul piano osseo sottostante.

Il giorno 10 ottobre, viene praticato l'intervento chirurgico, in anestesia generale morfio-cloroformica (operatore prof. Serafini). L'ulcera è ampiamente asportata con un buon tratto di cute circostante. Plastica peduncolata per torsione, della perdita di sostanze. Guarigione per prima intenzione. Malgrado l'estesa demolizione, il risultato estetico ottenuto colla plastica è ottimo.

Esame istologico. — Vennero esaminati microscopicamente il fondo e i bordi dell'ulcerazione. All'esame delle sezioni, si nota uno strato di tessuto necrotico, fatto di elementi in isfacelo, difficilmente colorabili, con i segni di emorragie recenti. Al di sotto di questo strato, e al di sotto della cute dei bordi dell'ulcera, si nota la presenza di abbondantissimi zaffi e di cordoni di carcinoma spino-cellulare, con numerose perle cornee. Non si notano i segni dell'azione dei raggi X e radium sulle cellule neoplastiche (degenerazione vacuolare, mostruosità cellulari, picnosi ecc.). Lo stroma del tessuto, intensamente colorabile con l'eosina, presenta i segni di degenerazione idropica e di necrosi diffusa.

Riassumendo i dati desunti dalla storia clinica, si tratta in breve di questo: una neoformazione epiteliomatosa della cute del volto, di tipo istologico spino-cellulare, fu trattata con una serie di applicazioni Röntgen- e radium-terapiche. Queste, di durata assai breve, (da mezz'ora a un massimo di dodici ore), furono ripetute a distanza di tempo di parecchie settimane l'una dall'altra, con apparecchi, alcuni dei quali dotati di mezzi di filtrazione delle radiazioni, altri senza filtro.

In un primo tempo, la neoformazione carcinomatosa scomparve, rimanendo solamente un piccolissimo punto arrossato. Dopo circa un mese dall'ultima seduta, questa zona rossa cominciò ad aumentare di volume: in seguito ad altre applicazioni, si stabilì un'ulcerazione che per tutti i caratteri clinici assunse l'aspetto di un esito di radio-dermite.

Furono tentate le solite cure palliative proposte ad allievare il dolore, ad evitare l'infezione ed a favorire la cicatrizzazione; ma non ottenendosi la riparazione della perdita di sostanza, anzi tendendo questa ad accrescersi tanto in superficie quanto in profondità, fu consigliata la sua asportazione chirurgica, insieme a quella dei tessuti circostanti alterati.

Se non che, l'esame istologico dei bordi e del fondo dell'ulcera, rilevò una vivace proliferazione di elementi tumorali del tipo di quelli precedentemente trattati.

È lecito presumere che, nel caso descritto, il processo ulcerativo fosse sostenuto e vicendevolmente aggravato dai due fattori: la radio-dermite e il progressivo sviluppo della neoplasia.

I caratteri clinici della perdita di sostanza, all'atto dell'ingresso del paziente in ospedale, ricordavano assai da vicino quelli delle lesioni da raggi, e come tale fu interpretata la forma della lesione. Il rapido sviluppo dell'ulcera, però, a carattere quasi fagedenico, e la facilità alle emorragie, nonchè una certa infiltrazione diffusa dei suoi bordi, che fissava la cute circostante sana sul piano osseo dell'arcata zigomatica, fecero prospettare l'ipotesi, di cui si ebbe poi la conferma istologica, di una recidiva locale del tumore.

* * *

Il caso richiama alcune considerazioni sulle concezioni attuali, in tema di tecnica radioterapica dei tumori cutanei.

È risaputo che le cellule di diversi tessuti presentano variazioni notevoli di sensibilità alle radiazioni. È pure noto che ogni elemento cellulare si mostra particolarmente sensibile alle azioni radio-terapiche in un determinato periodo del proprio ciclo vitale, cioè nel periodo della divisione cellulare (premitosi, mitosi).

I tessuti giovani, embrionari, i tessuti patologici in via di rapido accrescimento appartengono alle forme più sensibili; i tessuti adulti, come l'osseo, il muscolare sono pressochè insensibili: si richiedono delle forti dosi per determinare in loro lesioni gravi. Per esempio, dosi sufficienti a distruggere completamente le cellule malpighiane della pelle sono quasi senza influenza sopra le cellule di un muscolo vicino.

Nel campo dei tumori cutanei, la differenza di radio-sensibilità fra le neoplasie di tipo baso-cellulare e quelle di tipo spino-cellulare è, da quasi tutti, ammessa. Mentre le prime sono assai influenzabili dalle radiazioni, le seconde sono dotate di particolare radio-resistenza, tanto che alcuni Autori, e sopratutto Darier, le considerarono come del tutto refrattarie a questa terapia.

Sotto questo punto di vista, Finzi nel 1920, nel suo rapporto al Congresso di chirurgia di Parigi, sconsigliava l'uso delle radiazioni, nella cura dei tumori spino-cellulari della lingua, della vulva ecc. Si sa, infine, che la sensibilità di un tessuto all'azione delle radiazioni non si mantiene sempre eguale. È un fatto di osservazione corrente che i tessuti neoplastici si mostrano di meno in meno sensibili, durante il corso di irradiazioni insufficienti a distruggerli completamente, e ripetute. Il fatto fu segnalato per la prima volta da Pierre Delbet, che notò come alcuni cancri, dopo di esser stati felicemente influenzati dal radium, si erano *vaccinati*, erano cioè divenuti radio-resistenti.

Dal punto di vista pratico, egli concluse che bisogna usare « *d'emblée* » la dose necessaria alla distruzione del cancro.

Dominici aderì allo stesso ordine di idee, riconoscendo che « l'application unique produit le « maximum d'effet, les doses fractionnées faisant « perdre à l'action du rayonnement beaucoup de « son énergie ».

Analogamente, Regaud e Nogier osservarono, in rapporto all'azione dei raggi X, la decrescenza della sensibilità dei tumori maligni, trattati con dosi insufficienti e distanziate. Essi concludono che la radioterapia dei carcinomi cutanei, come di gran parte delle neoplasie, è dominata dalla necessità assoluta di ottenere la guarigione *in un trattamento unico*. Questa specie di *vaccinazione*, questo comportamento singolare delle cellule neoplastiche verso le radiazioni, è un fatto estremamente complesso e molto difficile da interpretare.

Al contrario di ciò che avviene per i tessuti neoplastici, l'accumulo delle dosi, secondo la Scuola Francese, rende i tessuti sani di più in più sensibili, di più in più vulnerabili, così che le dosi non molto alte, ma ripetute, possono danneggiarli, col tempo, gravemente.

Si verifica, insomma, che il grado della radiosensibilità, per dosi uguali e ripetute a lunghi intervalli di tempo, si comporta, *almeno apparentemente*, in modo opposto fra cellule neoplastiche e gli elementi normali, in quanto chè per le prime tende a diminuire, per le seconde ad aumentare.

È noto, del resto, con quanto poco successo i radiologi riescano a trattare dei tumori precedentemente irradiati da altri. In questo caso, se si vuole distruggere il tumore, bisogna qualche volta, deliberatamente rischiare la radio-necrosi acuta; perchè solo così, cioè con l'applicazione di dosi nocive anche per i tessuti sani, si potrà utilmente influenzarlo.

*
* *

La radio-dermite acuta o tardiva è imputabile a varie cause, di cui alcune di carattere tecnico, strumentale, altre di carattere biologico. Appartengono alle prime, le radio-dermiti dovute all'impiego di dosi troppo forti o somministrate in tempo troppo corto o insufficientemente filtrate o prodotte da radiazione secondarie. Sono causa delle seconde, sopratutto, le variazioni di sensibilità, apparenti o reali, che i tessuti normali e patologici presentano in seguito a somministrazione di dosi frazionate o protratte.

In tesi generale, nel trattamento degli epiteliomi della pelle, la causa più grave e più ribelle degli insuccessi risiede, molto spesso nella radio-resistenza acquisita dal tumore, durante il corso di antecedenti irradiazioni insufficienti.

Simeone Laborde scrive: « En aucun cas, il ne « faut perdre de vue que le traitement d'un can- « cer par les radiations n'est pas un ouvrage « d'art que l'on peut parfaire, mais une victoire, « souvent difficile, qu'il faut remporter du pre- « mier coup ».

In curieterapia, in tesi generale, si può opporre al metodo delle così dette « *dosi massive* » (quantità importanti di materia attiva, durante un tempo relativamente corto), il metodo di piccole quantità di radium, applicate per un tempo relativamente lungo.

Nel primo periodo dei tentativi curieterapici, la scarsa quantità di radium posseduto consigliava l'applicazione di radiazioni poco filtrate, somministrate per un tempo assai corto. Questo metodo è, oggi, generalmente abbandonato.

L'uso di raggi filtrati permise delle radiazioni più lunghe, e Dominici e i suoi collaboratori praticavano delle applicazioni di durata media dai due ai sei giorni.

Le irradiazioni di debole intensità furono sopratutto utilizzate, in seguito all'uso delle emanazioni condensate, secondo la tecnica di Janewaj di New York, che consiste nell'abbandonare, nei tessuti, dei tubi di vetro nudi contenenti l'emanazione, la cui azione decrescente si farà sentire per un mese circa.

In Francia, sotto l'influenza dei lavori di Regaud, si tende, attualmente, a preferire le ra-

diazioni di piccole intensità prolungate per un tempo assai lungo, sia applicate *en surface*, sia infisse nei tessuti per mezzo della radium-puntura. Come criterio per basare la durata del trattamento, De Nabias e Forestier considerano la rapidità dello sviluppo del tumore, cioè la frequenza e l'abbondanza delle mitosi cellulari. Essi hanno cercato di stabilire il rapporto che esiste fra il numero delle cellule in cariocinesi e quelle in riposo. A questo rapporto hanno dato il nome di « *indice cariocinetico* ». Per le forme di carcinoma malpighiano, le irradiazioni da loro usate sono quelle di durata da 6 a 15 giorni e di debole intensità, non scendendo però, mai, al di sotto di un certo limite di millicurie giornaliere distrutte.

Radiazioni usate per poche ore sono in questi casi insufficienti, non solo, ma, ripetute a distanza di tempo, dànno fenomeni di refrattarietà del tumore e di ipersensibilità dei tessuti circostanti sani, favorendo così l'insorgenza della radio-necrosi.

Nel nostro paziente si ebbe, bensì, una notevole distruzione del tumore, tanto che, clinicamente, il paziente fu giudicato guarito; ma la sopravvivenza di elementi neoplastici diede luogo, a poca distanza di tempo, ad una recidiva locale che le successive applicazioni non valsero a far retrocedere, anzi, certamente, peggiorarono.

E a proposito sopratutto di queste recidive fu richiamata dagli Autori l'attenzione sul loro carattere di gravità, e di malignità in quanto chè esse si sviluppano in un terreno privo di poteri di difesa.

La radioterapia è basata non già sopra un'azione esclusiva e specifica delle radiazioni su determinati tessuti, bensì sur una particolare vulnerabilità di alcuni elementi cellulari rispetto ad altri, per cui questi possono essere distrutti con dosi che non riescono ancora a danneggiare gravemente le cellule sane. Data questa differenza puramente quantitativa, è ovvio che, nel trattamento dei tumori, il pericolo da evitare sia quello di non distruggere, per mezzo delle radiazioni, il tessuto connettivo circostante sano che forma, in certo qual modo, una barriera (Ménetrier, Rubens Duval) alla diffusione del tumore.

Quando si dànno delle forti dosi di raggi X o di radium non si agisce solo sulle cellule epiteliali della pelle sana, ma si modifica anche il derma e il tessuto sottocutaneo, si distruggono le cellule giovani del connettivo che sono molto sensibili (legge di Bergonié-Tribondeau). Essendo paralizzati o distrutti questi elementi, che sono destinati alla riparazione dei tessuti necrosati, la tendenza alla cicatrizzazione ne risulta nulla, come si osserva nelle ulcerazioni atoniche radionecrotiche.

La scuola di Roussy e di Simone Laborde ha posto particolare attenzione allo studio delle alterazioni dello stroma del tumore e delle modificazioni dei tessuti circostanti, nel corso di un trattamento radioterapico: e su questo concetto essa fonda, in gran parte, il criterio prognostico. Essa ricorre per questo all'uso di biopsie, prelevate in serie, *prima*, *durante* e *dopo* il trattamento, dallo stesso punto del tumore.

Se la reazione stromatica è sfavorevole, se intervengono fatti di necrosi fibrinoide delle pareti vasali, di rigonfiamento edematoso del reticolo, di trombosi vasale, di atrofia dell'epidermide, il trattamento radio-terapico viene, senz'altro, sospeso.

*
* *

Senza volere, in queste brevi note, passare in rassegna le numerose e diversissime tecniche di trattamento radioterapico dei tumori cutanei, le semplici nozioni di radio-biologia suaccennate permettono di trarre, dal lato pratico e dal punto di vista chirurgico, alcune conclusioni della più grande importanza.

1) I processi ulcerativi, comunemente diagnosticati *radionecrosi*, stabilitisi su focolai di radiodermite acuta o tardiva, in corrispondenza di tumori maligni cutanei, trattati radioterapicamente e clinicamente guariti, non escludono la possibilità della contemporanea presenza del tumore, incompletamente distrutto.

2) I criteri clinici che possono far sospettare la sopravvivenza del tumore sono: la facilità delle emorragie del fondo e dei bordi dell'ulcera, la relativa rapidità del suo accrescimento, la presenza di una infiltrazione diffusa, o di una tumefazione nelle parti circostanti apparentemente sane. Per tutto il resto, la radio-necrosi può avere il quadro classico descritto dagli autori.

3) La proliferazione del tumore sul terreno di una radio-necrosi è particolarmente grave per il decorso e per la rapidità di diffusione, essendo i tessuti circostanti notevolmente lesi nella loro vitalità. Non si tratta, quindi, soltanto di radio resistenza crescente degli elementi neoplastici, ma anche di modificazioni notevoli della barriera di difesa locale naturale. Senza contare che dosi inadatte di radium o di raggi X agiscono anche diminuendo la resistenza generale dell'organismo, producendo una classica linfopenia, elevazioni

termiche che vanno da 37,5 a 40°, abbattimento, nausea, stasi polmonare ecc.

4) Conseguentemente, la terapia deve essere ispirata a questa gravità prognostica. Al trattamento chirurgico delle lesioni da raggi, è consuetudine di ricorrere quando le cure palliative abbiano fallito allo scopo; e il chirurgo stesso mira ad attendere prima di intervenire, che l'estensione e la forma della zona necrotica si siano ben delimitate. Tutto ciò vale per le ulcerazioni semplici da radiazioni. Nel caso di radionecrosi, *con fondo sottominato dal tumore*, l'escissione chirurgica dovrà essere quanto più sollecita e più ampia possibile.

La prognosi in questa eventualità rimarrà sempre grave.

Torino, febbraio 1927.

BIBLIOGRAFIA.

LABORDE S. *Considérations sur la curiethérapie des cancers.* Journal de radiologie et d'electr., 1922, n. 8.

ID. *La curiethérapie des cancers de la peau.* Ibid., 1925, n. 9.

ID. *La curiethérapie des cancers.* Masson et C.ie, éditeurs. Paris, 1925.

ESGUERRA, MONOD et RICHARD. *Généralités sur l'emploi des substances plastiques en curiethérapie de surface.* Journal de radiologie et d'electr., 1922, n. 7.

LAMARQUE P. *Les bases phisiques de la radiothérapie profonde.* Bordeaux, 1923.

GUDZENT. Strahlentherapie, 1920.

ROUSSY, LEROUX. *Réactions locales et générales de l'organisme, ecc.* Bull. de l'As.. franç. pour l'étude du Cancer, tome XI, n. 9, 1922.

GUDZENT. Deutsche Mediz. Wochensch., 1920, n. 21.

GHILARDUCCI. *I fondamenti bio-fisici della radioterapia.* II Congresso Italiano di Radiologia Medica, 1920.

PROUST R. *Curiethérapie et radiothérapie chirurgicales.* A. Cahine, Rueil, 1924, 2 volumi.

REGAUD. *Fondements phisiologiques et techniques de la radiothérapie des Cancers.* A. Cahine, Rueil, 1924.

ROUSSY, LABORDE. *A propos de la durée d'irradiation dans la curiethérapie des cancers malpighiens.* Bull. de l'Ass. franç. p. l'ét. du Cancer, tome XII, n. 6, 1923.

DE NABIAS et FORESTIER. *De l'index d'activité kariokinétique, ecc.* Bull. de l'Ass. franç. p. l'ét. du Cancer. Congrès du Cancer, 23-24 juillet 1923.

SLUYS F. *Deux cas de cancer traités par les appareils radifères à distance.* Journal belge de Radiologie, 1926.

ID. *Les traitements des tumeurs malignes de la langue par la curiepuncture et les rayons X associés.* Journal de Radiologie, 1922.

ID. *De la curiepuncture des tumeurs malignes de la bouche.* Journal Dentaire belge, 1922, n. 3.

SUNTI E RASSEGNE.

CUORE E VASI.

Anastomosi delle arterie coronarie e patogenesi dell'angina pectoris.

(Q. VISCHIA. *Folia Medica.* 30 maggio 1927).

Controversa è ancora la quistione intorno alla esistenza o meno di anastomosi tra le arterie coronarie: la maggior parte degli anatomici, fisiologi e clinici ne confermano la presenza; vi è tuttavia un piccolo gruppo di studiosi che la negano basandosi su numerosi reperti sperimentali ed anatomo-patologici.

La conoscenza esatta della circolazione coronaria, avrebbe importanza somma per la patologia poichè ne deriverebbe grande luce sulla patogenesi dell'angina pectoris, intorno alla quale sono state formulate numerose teorie. Fra di esse una che ha incontrato favore è quella vascolare o coronariana la quale, poggiandosi sulla mancanza di anastomosi tra le aa. coronarie, tende a mettere in rilievo che l'angina pectoris è il risultato di una ischemia del miocardio in seguito a stenosi organica o funzionale delle coronarie (Jenner, Parry, Potain, Marchiafava, Huchard, ecc.). A tale teoria furono mosse obiezioni e critiche: alcuni autori, e tra essi Vaquez, fanno osservare come l'angina pectoris sia insorta in individui nei quali l'accertamento anatomo-patologo non rivelò lesioni delle coronarie. Ma questo fatto, come pure l'assenza di angina pectoris in casi in cui si riscontrano lesioni stenosanti delle coronarie, non sono argomenti sufficienti, come dice Gallavardin, a combattere la teoria coronariana.

Vi sono poi autori, come il Pirera, che pur dando valore a questa teoria, non la ritengono assoluta, perchè secondo loro, le aa. coronarie non sono terminali, ma provviste di numerose anastomosi.

Le prove fisiologiche sperimentali eseguite in proposito interrompendo la corrente sanguigna nel ramo principale, dimostrano che le aa. sono terminali, poichè la circolazione non si ristabilisce.

L'A. suol portare anch'egli il suo contributo sull'interessante argomento. Ha seguito nelle sue ricerche il metodo radiografico che gli è parso il migliore.

Come materiale di osservazione si è servito di cuori di animali (Bos taurus, Sus scrofa, Canis familiaris) e di cuori umani di ambo i sessi. I cuori venivano assoggettati a lavaggio con una soluzione citro-sodica tiepida per estrarre il sangue dai vasi, e poi sottoposti alle iniezioni endo vasali con sospensioni opache ai raggi Röntgen

(magistero di bismuto in gelatina colorata con bleu di metilene; solfato e carbonato di bario sospesi in gelatina colorata per ottenere una dimostrazione radiografica e macroscopica; litargirio con vaselina; bromuro di bario e di mercurio).

I cuori degli animali furono iniettati separatamente in ciascuna a. coronaria; nell'uomo in due cuori si praticò contemporaneamente l'iniezione di ambo le coronarie con miscele opache differentemente colorate, in altri cuori fu seguito il solito metodo.

Fu anche asportato l'atrio ed il ventricolo di un lato o le parti medesime del lato opposto senza toccare il septum per vedere se iniettando l'a. coronaria che aveva il territorio di vascolarizzazione opposto, si verificassero stravasi di liquido iniettato dalla superficie di sezione.

Le ricerche eseguite, per quanto numericamente limitate, permettono all'A. di affermare: che non esistono anastomosi vere e proprie tra le due aa. coronarie.

Infatti le numerose radiografie eseguite, di cui alcune sono riportate dall'A. nel lavoro, dimostrano che iniettando l'a. coronaria di un lato del cuore, l'altro lato appare del tutto privo di vasi.

L'iniezione di ambedue le coronarie in cuore di Homo, mostra sul radiogramma numerosi rami arteriosi che si originano da ambo le arterie. A prima vista sembrerebbe che esistessero ricche anastomosi, ma si tratta invece di rami arteriosi superficiali che tendono a sovrapporsi a quelli profondi: infatti l'A. ha ripetuto il radiogramma dopo aver isolato il septum ed ha osservato i rami delle due arterie separati da una linea netta.

L'A. si schiera quindi nel piccolo nucleo dei ricercatori che hanno negato l'esistenza delle anastomosi tra le aa. coronarie, pur riconoscendo esatti i metodi di studio adottati dagli avversari che oggi costituiscono la maggioranza.

Egli ritiene che sarebbe di grande interesse l'esaminare la circolazione sanguigna nei cuori colpiti da angina pectoris: prova assai semplice che gioverebbe a constatare il valore del compenso circolatorio nel cuore anginoso. Tale ricerca è però notevolmente ostacolata dalla scarsità del materiale occorrente.

VICENTINI.

Quattro casi di angina pectoris trattati chirurgicamente.

(R. LÉRICHE e R. FONTAINE. *Archives des maladies du coeur*, agosto 1927).

Gli AA. presentano quattro casi di angina pectoris, osservati minuziosamente prima e dopo l'intervento sul simpatico cervicale (ablazione del ganglio stellato). In ciascuno dei quattro casi gli AA. descrivono le crisi (da sforzo o da decubito), la durata della malattia, lo stato del cuore, volume, ritmo e lesioni valvolari eventualmente presenti, lo stato dell'aorta: riportano gli esami radiografici ed elettrocardiografici, non trascurando di cercare i fattori etiologici: riportano l'esecuzione dell'ablazione del ganglio cervicale superiore e del ganglio stellato. Due casi sono stati seguiti da sparizione completa delle crisi (in uno dopo un secondo intervento), e miglioramento notevole dello stato generale. Negli altri due casi si ebbe la morte improvvisa, per disturbi cardiaci non precisati 10 mesi dopo l'intervento; nell'uno, nonostante un miglioramento notevole e scomparsa delle crisi: nell'altro caso l'intervento si era limitato all'ablazione del ganglio cervicale superiore, con nessun effetto sulle crisi di angina pectoris, e si ebbe la morte improvvisamente dopo 6 mesi dall'operazione in seguito alla evoluzione delle lesioni cardio-aortiche.

Ricordando l'errore che Aubert, di Marsiglia, ha utilmente confessato, che, cioè, credendo di intervenire sul ganglio stellato, aveva sezionato i rami del ganglio intermedio, gli AA. mostrano la necessità di osservazioni complete, incontestabili per poter fare statistiche e determinare le cause della mancata riuscita dell'intervento.

A. DE ORCHI.

La cura delle sincopi durante la narcosi.

(RAOUL e KUNY. *Strasbourg Médical*, 1927).

Gli AA., in base alla loro esperienza, ritengono che la cura più efficace delle sincopi che si verificano durante le narcosi sia quella consigliata da Crile, consistente nell'iniezione intracardiaca di qualche goccia di adrenalina al millesimo.

Si adopera una comune siringa di vetro con ago lungo 8-10 cm. come quelli usati per la puntura lombare.

L'ago s'introduce nel quarto spazio intercostale vicino al margine sinistro dello sterno, raggiungendo così il ventricolo destro passando all'interno dei vasi mammari. Oppure si può introdurre a tre dita dal margine dello sterno, sempre nel quarto spazio intercostale, ed allora si raggiunge il ventricolo sinistro. In tal caso si attraversa la pleura ed il margine pulmonare.

L'ago deve essere affondato dolcemente fino a raggiungere il muscolo cardiaco, il che si avverte con una maggiore resistenza; per entrare in cavità si spinge ancora un po'. Per essere sicuri di avere attraversato tutto lo spessore della parete cardiaca si fa una leggera aspirazione. Quando si è in cavità la punta dell'ago dista 5 o 6 cm. dalla pelle.

Crile adopera subito dosi massime (10 milli-

grammi d'adrenalina), ma si può in primo tempo iniettare un milligramma salvo a ripetere l'iniezione in caso di necessità.

Subito dopo l'iniezione il cuore si rianima, il polso si fa forte e regolare, ma la respirazione artificiale deve essere continuata fino a ripresa della respirazione spontanea.

Poichè l'azione dell'adrenalina si esaurisce rapidamente è opportuno praticare un'iniezione endovenosa di digitalina o di ouabaina, specie in caso di rachianestesia.

L'intervento per essere utile deve avvenire non oltre i 4-5 minuti dall'inizio della sincope.

L'obbiezione di Badier e Stillmunks circa il rinforzo da parte dell'adrenalina dell'azione tossica del cloroformio sulle fibre cardiache non sembra giustificata, essendosi ottenuti risultati favorevoli anche in casi di sincopi durante la narcosi cloroformica.

La puntura dell'ago non provoca generalmente alcun danno al miocardio, ed alle autopsie praticate finora per lo più non se ne è trovata traccia. Però Sellheim in un caso nel quale erano state fatte sei iniezioni intracardiache, riscontrò abbondante emorragia nel miocardio.

DR.

ORGANI DIGERENTI.

Le enterorragie nel cancro del colon.

(SAVY e P. DELORE. *Journ. Méd. Lyon*, n. 181, luglio 1927).

La presenza di sangue nelle feci d'un infermo con cancro del colon è un fatto banale; similmente è banale la presenza di emorragia occulta o palese in seguito a disturbi intestinali, dovuti ad un tumore colico.

È invece interessante la constatazione d'una emorragia più o meno abbondante, di sangue puro, non misto a feci, che compare in uno stato di benessere, e che rappresenta il primo sintomo d'un cancro colico.

L'emorragia nei cancri del colon più frequentemente è occulta. In rapporto alla sua comparsa, le cognizioni classiche ci insegnano che essa appare in una fase terminale del neoplasma. L'A. invece prende argomento da ciò per riferire otto casi clinici, in cui una enterorragia abbondante o che si è ripetuta più volte, di sangue puro, apparsa in pieno benessere, e senza disturbi importanti, costituì il primo sintomo d'allarme, per svelare un neoplasma del colon.

In rapporto alla quantità, l'emorragia è più spesso poco abbondante: un mezzo bicchiere; talora raggiunge un mezzo vaso; più raramente si presenta in maggior copia.

Tuttavia l'A. riporta cinque osservazioni in cui l'emorragia fu tanto abbondante, da produrre delle sincopi, e in un caso si rese necessaria la trasfusione di sangue.

Queste emorragie si presentano a intervalli vari: in un caso durò 14 giorni, in un altro un mese; in uno l'emorragia compariva ogni 8-10 giorni, e durò per 4 anni. Talora assume la forma di diarrea sanguinolenta, talora si associa a fenomeni di colite.

Queste continue emorragie, possono condurre ad uno stato grave di anemia, che può simulare una sindrome di Biermer.

In rapporto alla forma anatomica, il sarcoma non produce emorragia; degli epiteliomi, il cancro encefaloide, essendo più vascolarizzato, produce emorragie più abbondanti dello scirro. I cancri nel cieco e nel colon ascendente producono emorragie più abbondanti: la diarrea sanguinolenta in genere dipende dalla localizzazione del cancro nel cieco.

Non conviene considerare in quali casi si possa avere l'enterorragia; è interessante però tener presente che una emorragia in pieno benessere, spesso attribuita a fatti emorroidari, può essere l'esponente d'un cancro del colon. In tal caso un'esplorazione rettale, e la ricerca radiologica può completare l'indagine clinica.

Una diagnosi differenziale bisogna fare con l'invaginazione intestinale cronica dell'adulto. I sintomi che si possono avere in tale malattia sono: crisi dolorose, alternative di diarrea e stipsi, emorragie, deboli e incostanti, debolezza, dimagramento, la presenza non costante d'un tumore addominale mobile, a forma allungata: questa sindrome può durare mesi ed anni.

La differenza consiste in ciò: la diarrea nel l'invaginazione è scarsa, e non dà luogo a vere emorragie.

L'emorragia nel cancro colico non ha valore prognostico: è grave allorchè sopraggiunge uno stato anemico grave, che favorisce la cachessia. In questi casi è efficace la trasfusione di sangue, che permette altresì un ulteriore intervento chirurgico.

CARUSI.

Tumori del cieco.

(J. J. ERDMANN. *Annals of Surgery*, aprile 1927).

L'A. sotto questo titolo comprende i tumori veri e proprii del cieco, e le flogosi croniche, che danno tumefazione.

Su 48 casi personali ha osservato 37 carcinomi, 7 casi di tubercolosi, 2 infiammazioni croniche, 1 linfosarcoma, 1 caso non bene determinato.

Il *linfosarcoma* è un tumore rarissimo nel

cieco. Solo 13 casi ne furono trovati su 13.036 autopsie fatte in 15 anni a Praga. È più frequente nel tenue e nel retto. Cresce rapidamente, non tende a stenosare l'intestino. Le metastasi sono precoci. Si crede che la *tubercolosi* possa colpire il cieco primitivamente o secondariamente. Se ne descrivono due forme: 1) *ulcerativa* che rappresenterebbe la tubercolosi secondaria del ceco; e 2) la *iperplastica*, che sarebbe la forma primitiva. La tubercolosi cecale è frequente nei pazienti di tbc. polmonare (85 % secondo Hartmann) ma solo in un piccolo gruppo di casi (ostruzioni, fistole ecc.), il chirurgo è chiamato ad intervenire.

La frequenza della tubercolosi del ceco sarebbe dovuta alla ricchezza di tessuto linfatico, che in questo si trova. Nei bambini l'infezione sarebbe trasmessa col latte (tipo bovino). Il decorso è cronico, con periodi di esacerbazioni e miglioramenti. Tra i sintomi va ricordato il dolore, la stipsi alternata con diarrea, la presenza di sangue e di muco nelle feci.

Radiograficamente si notano fatti di ipermotocità, spasticità, difetti di riempimento. Dei casi dell'A. tre erano della forma iperplastica; 2 mostravano escrescenze papillari; in tutti esistevano sintomi di ostruzione. In tre casi fu fatta la resezione e una ileo-trasversostomia latero-laterale.

Si ebbe guarigione in 6 casi.

Per ciò che riguarda la frequenza dei carcinomi nell'intestino, l'A. ricorda che su 3563 casi di tumori maligni dell'intestino raccolti da Brill, solo in 89 (2,5 %) era colpito il tenue. Su 129 carcinomi del colon-retto i vari segmenti del grosso intestino erano colpiti: 50 nel retto sigma; 37 nel sigma; 18 nel cieco; 15 nel colon ascendente e colon trasverso, 9 nella flessura splenica.

I tumori del ceco, come quelli del colon, crescono lentamente e danno tardi metastasi.

Ewing distingue: 1) adenoma destruens; 2) fibro-carcinoma stenosante; 3) carcinoma colloide; 4) carcinoma multipli o carcinomi papillari insorgenti su polipi; 5) melanomi.

Il carcinoma colloide del ceco è frequente (22 % degli altri tumori); dà metastasi tardive e recidiva in sito. Le ghiandole più spesso invase dalle neoplasie sono le coliche posteriori; la valvola ileo-cecale è coinvolta nel 35 % dei casi; metastasi gangliari furono constatate nel 25 % dei casi.

Le infezioni secondarie affrettano il decorso della malattia e contribuiscono alla comparsa di complicazioni. Il fegato non fu trovato mai colpito da metastasi.

Dei sintomi subiettivi il dolore era presente nell'80 % dei casi, e aumentava d'intensità durante la notte; veniva seconda come frequenza la stipsi. In circa 1/3 dei casi v'erano sintomi di ostruzione.

Dei sintomi obiettivi la perdita di peso era menzionata nel 79 % dei casi; vi andava unita la diminuzione delle forze e l'anemia.

Melena fu constatata nel 25 % dei casi; frequente era la contrazione palpabile del ceco e la peristalsi visibile. Una tumefazione fu palpata nella metà dei casi.

Con i raggi X si dimostrò un difetto di ombra o un'irregolarità dei contorni; assenza di peristalsi nel ceco con ipermotilità del colon; distensione delle ultime anse del tenue. L'operazione di scelta fu la resezione dell'ultima ansa dell'ileo, del ceco, colon ascendente e una metà del trasverso: fu preferita l'anastomosi termino-terminale. Su 28 operazioni si ebbero 6 morti (21 %).

A. CHIASSERINI.

Le diverticoliti del grosso intestino ed il loro trattamento chirurgico.

(P. SWYNGHEDAUW. *Journal de Chirurgie*, n. 1, t. XXVIII, 1926).

L'A. ricorda come tale affezione, ritenuta come eccezionale, invece è molto frequente e come gli studi di Bensaude Cain e Hillemand ne abbiano fatto conoscere l'anatomia patologica, la patogenesi e la sindrome clinica. Egli si occupa del trattamento chirurgico, che è ancora poco preciso e discusso. Dopo aver ricordato tutta la casistica sull'argomento e specialmente i casi di Gautier e di Lecène ricorda schematicamente, i diversi tipi di diverticoliti e cioè le diverticoliti latenti e frustre, quelle a forma pseudo appendicolare, quelle che possono simulare una lesione degli annessi ed infine si occupa della diverticoliti, in forma di tumori intestinali, che distingue in due gruppi: forme pseudo neoplastiche ipertrofiche e e forme stenosanti. Nella numerosa statistica consultata dall'A. vi sono 71 casi nei quali la descrizione dell'opertzione ed i postumi di essi danno dei criteri esatti per poterli paragonare. In queste 71 osservazioni dell'A. vi sono 22 resezioni intestinaoi, 14 colostomie, 11 laparatomie per accidenti acuti o semplicemente esplorative, una asportazione di diverticolo, 10 derivazioni interne, due invaginazioni di diverticolo, 2 aperture di diverticolo per asportare coproliti. In tutte queste operazioni si sono tvute, globalmente, 45 guarigioni, 13 miglioramenti e 13 decessi. Su 22 resezioni di cui 14 fatte in un tempo, 4 in due tempi e 4 con abboccamento del segmento prossimale alla pelle si sono avuti 14 buoni risultati, 4 risultati mediocri e 4 morti

nell'8ª giornata dell'operazione. Nelle 14 colostomie praticate di cui una combinata con la cistostomia si sono avute 8 guarigioni, 4 miglioramenti e 2 morti.

Nelle 11 laparttomie semplicemente esplorative o fatte per eccidenti acuti in 13 si sono potuti chiudere i diverticoli perforati ottenendo 2 guarigioni ed 1 morto. Nelle altre 8 esplorative con o senza drenaggi si sono ottenute 8 guarigioni e 2 morti. Nelle 10 escissioni del diverticolo e sutura del loro orificio si ottennero 9 guarigioni ed 1 miglioramento incompleto. Nelle 10 derivazioni interne e cioè in 6 ileo-sigmoidostomie 3 anastomosi colo-coliche in una enteroanastomosi si ebbero 2 guarigioni, 4 miglioramenti incompleti e 4 morti; in due invaginazioni di diverticolo si ottennero 2 guarigioni come anche in due vuotamenti in diverticolo si ottennero buoni risultati. Quantunque queste cifre non abbiano un valore assoluto, poichè si tratta di casi di gravità differente, che presentarono accidenti differenti, pur non di meno si possono fare delle deduzioni importanti. Secondo l'A. infatti, la resezione intestinale è il metodo di cura più adatto quantunque presenti delle controindicazioni di modo che ha potuto usarlo soltanto nel 31 % dei casi. Si ottennero, infatti, guarigioni complete nel 63 % con na mortalità del 18 %. A tale intervento alcuni autori sono stati indotti dtlla supposizione che si trattasse di lesioni neoplastiche.

L'analogia, dunque, tra la diverticolite e il cancro è la causa principale per cui si pratica la resezione; intervento grave che spesso è stato rimpiazzato con vantaggio dalla asportazione semplice del diverticolo che, in genere, non determina alcun decesso.

La colostomia dà il 58 % di guarigione, ma con ano artificiale definitivo nella maggioranza dei casi. Si ha una mortalità del 14 % circa mortalità non alta se si pensa che tale intervento si usa in soggetti che si trovano in istato di occlusione o profondamente debilitati.

Le derivazioni interne (ileo-sigmoidectomo colostomie danno una mortalità accentuata (40 %). L'A. ricorda come la sut statistica porta alle stesse conclusioni di quella di Gerzowitsch, basata su 316 casi.

Le diverticoliti latenti, rilevate per caso all'esame radioscopico, non richiedono alcun trattamento chirurgico; le diverticoliti frustre, al contrario, richiedono esplorazione chirurgica, che le asporterà o con la soppressione per invaginazione o per escissione. Le diverticoliti acute sono spesso confuse con le più comuni affezioni acute, che richiedono un intervento chirurgico. Anche durante l'operazione la loro natura sarà facilmente sconosciuta se non sarà sistemtticamente ricercata. Nella maggioranza dei casi l'asportazione del diverticolo infetto e dei tessuti peridiverticolari infiltrati rappresenta il metodo di scelta tanto per innocuità quanto per efficacia. Alcune diverticoliti simulano lesioni neoplastiche dell'intestino per il loro volume o per gli accidenti di stenosi o per complicazioni come per esempio la fistolizzazione nella vescica. La confusione con il cancro, che spesso si fa, porta ad asportazioni molto più ampie di quello che si dovrebbe in caso di semplici diverticoliti.

T. LAURENTI.

MEDICINA SOCIALE.

La lotta contro il cancro.

(B. MOYNIHAM. *The Lancet*, 29 gennaio 1927).

Negli ultimi 20 anni la mortalità generale è diminuita del 32 %, quella infantile del 45 %, quella per tubercolosi del 38 %; quella per cancro invece è aumentata del 20 %. Negli ultimi 70 anni tale mortalità si è quintuplicata.

Tale aumento è in parte spiegato dal prolungamento della vita umana, e in parte dalla maggiore accuratezza diagnostica, sebbene questo secondo argomento abbia un valore relativo, verificandosi tale maggiore mortalità anche per alcuni tipi di cancri (lingua, mammella), ben accessibili alla indagine medica.

A questa mortalità aumentata fa riscontro la maggior facilità con la quale oggidì i cancerosi vengono operati. L'apparente discordanza tra i due fatti si spiega con la constatazione che, in realtà, troppo spesso il chirurgo attende, prima di intervenire, che la diagnosi sia certa.

Contribuiscono poi al ritardo operatorio, e quindi al frequente insuccesso, le inutili pratiche medicamentose esercitate sul credulo paziente da mestieranti e da profani.

I casi di cancro possono essere divisi in quelli che si formano in località donde possono essere asportati con facilità e sicurezza, e quelli più o meno inaccessibili, svelati solo dalla sintomatologia e dai raggi X, nei quali l'operazione può riuscire difficile o impraticabile.

I cancri del primo gruppo vanno riconosciuti e aggrediti quanto più celermente è possibile, istruendo in proposito anche i pazienti, con l'assicurazione della mitezza dell'atto operatorio

Per i cancri del secondo gruppo conviene affinare tutti i mezzi diagnostici a nostra disposi.

zione, onde permettere che anche per essi l'intervento sia precoce ed utile.

A tal proposito è necessario far entrare nella mente del pubblico le seguenti verità:

1) Il cancro è sempre all'inizio una malattia locale che si diffonde per propagazione diretta dal punto primitivamente affetto. Non si tratta quindi in nessun modo di una malattia del sangue;

2) Il cancro preferisce di attaccare un organo malato piuttosto che uno sano, donde la necessità che ognuno salvaguardi la propria salute;

3) Le irritazioni croniche costituiscono condizioni predisponenti per la comparsa del cancro, specialmente sulle superficie esposte;

4) Per quanto si conosce, non hanno infuenza sul cancro alcuni fattori un tempo considerati come « cause », e cioè la predisposizione ereditaria, certi cibi e certe località speciali;

5) La malattia non è infettiva nè contagiosa;

6) Negli stadi iniziali il dolore non è frequente. Bisogna perciò porre attenzione ad altri sintomi, quali ad esempio le tumefazioni in corrispondenza delle mammelle, i disturbi gastrointestinali cronici, e così via;

7) Finchè la malattia è locale e la neoformazione accessibile, il cancro è curabile, ponendo mente a rimuovere tutte le parti adiacenti.

Le statistiche comprovano i successi degli interventi precoci. Se poi il tumore è inaccessibile o diviene disseminato, allora bisognerà ricorrere ad altri mezzi, e sopratutto alla radioterapia profonda e alla radiumterapia, dalle quali si potranno talvolta ottenere miglioramenti di durata più o meno lunga.

M. FABERI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

BRUGSCH TH. *Ergebnisse der gesamten Medizin.* Band 9°, Heft 3-4. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1926. Mk. 12.

Questi due fascicoli riuniti che completano il IX volume degli Ergebnisse di Medicina comprendono argomenti disparati la cui trattazione affidata ad autori particolarmente competenti è quanto mai esauriente. I vari capitoli comprendono: l'ipofisi per opera di Ballmann di Falda, le nuove vedute sulla patogenesi e terapia della porpora trombopenica per opera del Leschke di Berlino; il trattamento delle deformità del piede per opera di Blemke di Magdeburg; l'ipertrofia prostatica e la sua cura per opera di Joseph e di Perlmann di Berlino; lo stato attuale delle nostre conoscenze sulla narcosi locale per opera di Kappis di Hannover; alcuni nuovi principi sulla ereditarietà per opera di Just di Greifswald; l'empiema della pleura per opera del Deutsch di Vienna; la forma e il ritmo nella educazione ginnastica del corpo per opera di Giese di Stuttgart; la trasfusione del sangue per opera dell'Oehlecker di Amburgo.

TRENTI.

G. BASILE. *Consultazioni di Clinica Medica.* Ed. V. Idelson, Napoli, 1928.

È un manuale destinato ai medici pratici, ai quali sarà di grande utilità per una rapida consultazione della sintomatologia e della terapia delle malattie più comuni.

La materia è raggruppata in forma quasi schematica; le malattie dei vari apparati organici sono precedute da brevi note di semiologia, ed integrate dai metodi di ricerche cliniche più elementari e necessarie per una esatta diagnosi.

Senza pretese eccessive, questo manuale ha il pregio di essere aggiornato, ed in breve mole, di riunire quanto è necessario al medico per una rapida consultazione.

R. CARUSI.

JOYEUX CH. *Précis de Médecine Coloniale.* Vol. in-8°, pag. 832. Masson et C., Paris, 1927. Fr. 65.

È un libro destinato al medico esercente nei paesi tropicali, al giovane pratico coloniale, allo studente. L'A. vi esamina le malattie comuni dei paesi caldi, rare o sconosciute in Francia. Quanto alle affezioni cosmopolite, egli accenna solo alle particolarità della loro evoluzione sotto i tropici. Non avendo il pratico sempre un laboratorio a sua disposizione, l'A. non insiste sulle particolarità parassitologiche e istologiche, nè sulle tecni

che di laboratorio che sono trattate in altri volumi.

Le infermità coloniali sono così divise: quelle dei vari apparati (prima parte), le affezioni febbrili (seconda parte) e infine le malattie generali (terza parte). Questa classificazione, forse più empirica che nosologica, ha il vantaggio di rendere facile la consultazione del libro.

Molto apprezzabile nel volume è la parte importante data alle questioni di epidemiologia e di profilassi. La maggior parte delle malattie speciali dei paesi caldi sono di natura infettiva, e quindi dominabili dalla medicina collettiva e dall'igiene. Il medico perciò deve diagnosticarle a tempo e cercare di prevenirle.

L'A. conosce la vera medicina coloniale per averla praticata durante il suo lungo soggiorno nelle colonie; da ciò ne consegue che il suo libro, oltre a mettere al giorno la patologia esotica ha il merito di essere estremamente pratico.

A. POZZI.

Actas y Trabajos del III Congresso Nazionale di Medicina Sud-Americano. Vol. in-8°, pag. 1144, tomo V. Ed. Las Ciencias. Buenos Ayres, 1927.

In questo V volume degli Atti del III Congresso di Medicina Nazionale Sud-Americano sono raggruppate le relazioni ufficiali e le numerosissime comunicazioni di chirurgia, di ortopedia, di ostetricia e di oftalmologia.

Le relazioni ufficiali, specie quelle di chirurgia e di ostetricia, toccano argomenti di palpitante attualità per cui il volume si rende di un estremo interesse, che viene inoltre accresciuto dall'enorme materiale contenuto per avere riunito in esso queste quattro Sezioni del Congresso.

A. P.

D. BARDUZZI. *Manuale di Storia della Medicina.* Vol. II, in-16°, di 300 pag. rilegato. Soc. tip. editrice nazionale, Torino, 1927. Prezzo L. 15.

Si completa con questo secondo volume la Storia della medicina del prof. Barduzzi, che dell'insegnamento di questa materia ha l'incarico ufficiale nella Università di Siena.

I pregi di questa opera sono già stati rilevati su queste colonne, nel n. 24 del 1923, dal prof. Bilancioni. Il presente volume comprende l'epoca moderna dei secoli XVIII e XIX, epoca feconda di scoperte e volta a nuovi orientamenti. Basti pensare ai gloriosi nomi di Spallanzani, Morgagni, Valsalva, Galvani, Scarpa, A. Bassi, Bufalini, ed in tempi più vicini a noi a quelli di Bichat, G. Müller, Purkinje, Laennec, Velpeau, Hanehmann e molti altri.

Nell'ultimo quarantennio del secolo scorso, le scoperte si susseguono, determinando dei capitali rivolgimenti nell'indirizzo delle scienze mediche ed i nomi di quelli che hanno stampato indelebili orme si affollano alla mente: Golgi, Virchow, Pasteur, Lister, Luciani, Charcot e tanti altri.

Nella sobria esposizione, l'A. mette in rilievo quanto di essenziale vi è nello svolgimento del pensiero medico, di cui fissa i punti principali.

Espone alla fine, in un elenco che risale al 5000 a. C. ed arriva sino al 1920 le principali date cronologiche nella storia della medicina.

fil.

P. FUMOUZE. *Pensées e Contes de Philosophie Médicale.* Jehlen, Empressions, Parigi.

È una miscellanea di considerazioni filosofiche con punto di partenza dalla biologia, e di racconti nei quali i protagonisti sono rappresentati da elementi del corpo umano.

È un volumetto senza pretese che nelle intenzioni dell'autore avrebbe lo scopo di distrarre il medico dalle sue noie professionali.

DR.

A. FUSCO. *Eroi della Medicina.* Istituto Editoriale Cisalpino, Varese. Prezzo L. 20.

È la storia del martirologio medico, la storia di eroi per lo più oscuri che alla scienza, alla salute degli uomini hanno sacrificato il proprio benessere, la vita.

Il libro adempie un duplice compito: portare alla notorietà ed alla riconoscenza del pubblico tante vittime sconosciute di un ideale di verità e di pietà; dimostrare quali sacrifici costino ai ricercatori i progressi della medicina, quali disagi ed infortuni l'esercizio della professione medica.

L'A. raggiunge efficacemente lo scopo perchè ha scritto con passione senza infatuazione, con nobiltà senza rettorica.

DR.

U. VIVIANI. *Magri, Secchi e Spilungoni.* Editore Viviani, Arezzo. Prezzo L. 10.

È un libro di scienza gaia. L'A., che ha già scritto un piacevolissimo volume su i panciuti, i grassi e gli obesi, ora tratta degli uomini a volume e peso... opposti.

Sono passati in rassegna tutti gli uomini insigni nell'arte, nella scienza, nella politica appartenenti alla categoria diciamo così leggera.

Espone quindi come è considerata nella letteratura e nelle arti plastiche la magrezza, sulla quale infine fa considerazioni mediche.

È uno scritto ricco di aneddoti e di arguzie, che si fa leggere con vero diletto.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

I Convegno Nazionale promosso dalla Lega Italiana per la lotta contro il cancro.

(Milano, 16-17 ottobre 1927).

Il Convegno si è tenuto nei locali universitari dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

All'inaugurazione, svoltasi sotto la presidenza del sen. A. LUSTIG, presidente della Lega, parlarono il prof. S. BELFANTI, presidente del Comitato ordinatore, il gr. uff. MORGAGNI, vice potestà di Milano, il sen. B. ROSSI, rettore dell'Università. Il prof. P. GALLENGA, segretario generale della Lega, espone l'organizzazione della lotta contro il cancro in Italia e l'attività svolta nell'ultimo biennio dalla Lega: le Sezioni provinciali costituite o in via di costituzione sono 48, funzionano in molte città i centri di accertamento diagnostico; la Lega ha dato unità di collegamento e di azione a tutte le varie iniziative; esplica la sua opera in pieno accordo con la Direzione Generale di Sanità Pubblica; ha fatto numerose pubblicazioni di propaganda; pubblica un Bollettino trimestrale; collabora all'*Index Analyticus Cancerologiae* internazionale, che si pubblica a Parigi; ha sussidiato vari centri diagnostici.

Sulla statistica demografica sanitaria del cancro in Italia.

Prof. A. NICEFORO. — Si riferisce ai suoi studi sulle due inchieste dei tumori maligni fatte in Italia nel 1919-21 e nel 1924-25 esponendo gli errori principali in cui si può cadere nell'esaminare i dati statistici raccolti. Ammette l'aumento del tasso globale di mortalità per anno ma lo pone in relazione anche con l'aumento totale del numero degli adulti e dei vecchi. Dà chiarimenti sul come si debbono interpretare le varie influenze che sulla mortalità per anno, sembra abbiano l'età, il sesso, la condizione sociale, lo stato di matrimonio o di celibato e infine illustra l'importanza fondamentale della diagnosi e dei suoi possibili errori in eccesso o in difetto. La mortalità per cancro che sembrava superiore nella donna ora tende ad equilibrarsi con quella dell'uomo che è aumentata in più; se si detraggono i casi di cancro della mammella e dell'utero la mortalità dell'uomo è certamente superiore.

Le tabelle statistiche riferentisi ai precedenti personali, all'evoluzione, agli interventi chirurgici, alla radioterapia, alla ereditarietà, non possono ancora dare conclusioni sicure.

Prof. G. FICHERA. — Rileva, tra l'altro, che gli errori diagnostici dipendono dalle possibilità maggiori o minori di una diagnosi esatta secondo la sede del tumore e i mezzi e la capacità dei sanitari.

Il cancro dell'utero e mammella ha il suo massimo tra 45 e 55 anni, gli altri fra 55 e 65. È d'accordo col Niceforo sulla bassa percentuale di interventi chirurgici e sul troppo tardivo ricorso ai chirurgi: per questo uno degli scopi del Congresso è quello di stimolare i profani, i medici dubbiosi e le levatrici a chiedere il consiglio degli esperti per diagnosticare il male in tempo.

Riguardo all'eredità della disposizione, non della malattia, sono numerosi gli argomenti in favore. I rapporti con la costituzione, stato somatico, razza, biochimismo, hanno bisogno di ulteriori delucidazioni.

Dall'ultima statistica del 1925 risulta in Italia la diminuzione di duemila morti per cancro: pure avendosi qualche dubbio sul valore e sulla realtà di questa cifra, almeno in parte deve essere vera e inoltre è aumentata la percentuale di operabilità. Si può quindi ammettere che l'aumento delle diagnosi esatte, la cresciuta operabilità e la maggiore diffusione della capacità ad operare siano i primi segni di successo dei provvedimenti del Governo e della lotta contro il cancro.

Prof. CAVINA. — Riferendosi alle statistiche riportate dal Niceforo, specie riguardo alla varia distribuzione del cancro nelle varie provincie d'Italia, crede che questo sia un argomento favorevole ad ammettere che la causa della malattia debba risiedere piuttosto fuori del nostro organismo che dentro di esso.

Riguardo alla enunciata diminuzione della mortalità per tumori dell'utero e mammella, mentre sono aumentati i tumori degli organi interni, riferisce uno studio fatto sui morti per cancro nell'ultimo 25ennio a Cesena: da esso risultano forti oscillazioni da un anno all'altro e cifre alte superiori a quelle dei paesi con più alta mortalità per cancro. Gli uomini risultano più colpiti delle donne e la localizzazione più frequente è data dallo stomaco. Insiste sulla operabilità del cancro dello stomaco e sui buoni risultati della cura chirurgica (resezione).

Dott. GRANDI. — Parla di un suo studio sulla mortalità per cancro in Italia e tra l'altro sull'influenza delle stagioni per cui si avrebbe la massima mortalità per cancro nell'estate. Il sesso femminile è più colpito del maschile: anche le professioni sono variamente colpite e a preferenza le professioni liberali, i proprietari, gli impiegati, forse in causa della alimentazione diversa da quella delle classi agricole e operaie. Riguardo alle provincie sono in genere più colpite quelle settentrionali.

Prof. R. BASTIANELLI. — Rileva la poca o nulla utilità delle ricerche statistiche per risolvere alcuni dei problemi del cancro o per illuminarli almeno parzialmente: solo dobbiamo far risultare a scopo di propaganda che appena il 13 % degli uomini e il 18 % delle donne fu potuto curare chirurgicamente.

Il miglioramento avuto è ancora troppa piccola cosa e quindi tutti dobbiamo far sì che i medici si persuadano che il cancro deve essere non solo riconosciuto ma anche operato e operato bene e quindi i malati devono affidarsi ai buoni chirurgi. La cosidetta guarigione chirurgica deve inten-

dersi come guarigione assoluta e ammonterebbe al 26 % dei sopravviventi al cancro secondo le statistiche ordinarie, ma la cifra deve essere molto superiore se si studiano le statistiche delle cliniche e degli ospedali.

Prof. NICEFORO. — Ammette che dalla statistica non può venire la risoluzione del problema; ma, aiutati da essi, possono studiarsi alcuni elementi importanti: p. es. la questione dell'aumento del cancro che è da ritenersi legato allo elevamento della durata media della vita. Rimanda poi alla sua relazione per le varie obbiezioni fattegli.

Su proposta del prof. R. BASTIANELLI è approvata la seguente proposta: « Oltre alla statistica del Regno compilata dalla Direzione di Sanità, il Consiglio direttivo Centrale della Lega Italiana per la lotta contro il cancro, propone che le Cliniche pubbliche e private, le Cliniche chirurgiche e gli ospedali abbiano l'obbligo di statistiche annuali secondo norme da stabilirsi ».

La disciplina e il controllo della radioterapia del cancro.

Prof. F. PERUSSIA. — È indubitato che in questo campo avvengono fatti gravi, tecnici e morali, che preoccupano tutti e specialmente i radiologi. È necessario che disciplina e controllo vengano estesi a tutto l'esercizio della specialità. La radiologia dei tumori maligni è difficile e complessa e richiede competenze e organizzazione che si possono trovare solo in appositi istituti.

La tecnica non è ancora perfezionata ma in continua evoluzione. La disciplina e il controllo devono esercitarsi specialmente sulle persone e a questo, nei vari paesi, si è variamente provveduto ma in nessun modo veramente esauriente. Sarebbe necessario che in Italia si applicasse seriamente la legge sull'esercizio delle specialità. Per la radiologia si dovrebbero seguire le proposte già fatte dal prof. Bertolotti, cioè:

1) riservare ai medici riconosciuti ufficialmente specialisti radiologi l'esercizio della Roentgen e radium-terapia colpendo i contravventori;

2) garantire con severe norme il conferimento della qualifica di specialista;

3) regolare la posizione degli esercenti attuali la specialità per mezzo di una Commissione unica centrale che dovrebbe anche presiedere agli esami per il titolo di specialista;

4) migliorare l'insegnamento universitario della radiologia e specialmente della radium- e radio-terapia.

Conclude con la lettura di un ordine del giorno su cui si apre la discussione.

Prof. ALFIERI. — La necessità di un controllo sulla radio-terapia dei tumori maligni e sull'esercizio della radiologia è evidente. Accetta che si intensifichi l'insegnamento della radiologia e che gli esami di specialista sieno severi. Dubita di accettare il provvedimento di limitare soltanto agli specialisti radiologi ufficiali la Roentgen- e radium-terapia dei t. m. perchè ne verrebbero conseguenze imbarazzanti e anche danno agli ammalati perchè la radiologia è entrata in molti campi della medicina e della chirurgia.

Si deve intensificare la vigilanza per tutto quanto riguarda l'esercizio professionale, in riguardo ai mezzi, alle dotazioni, all'onestà delle persone. Negli ospedali, nelle Cliniche, negli istituti dipendenti da Enti pubblici, il posto di radiologo sia riservato agli specialisti.

Prof. SPINELLI. — È contrario alla limitazione di concedere solo agli specialisti radiologi il diritto di praticare la radium- e radio-terapia tanto per i t. m. come per qualsiasi altra applicazione. Ogni medico chirurgo che dimostri di possedere una opportuna preparazione scientifico-tecnica e di mezzi adatti deve poterla praticare. Presenta un'analoga modificazione all'O. del giorno.

Prof. BERTOLOTTI. — Chi non sia radiologo difficilmente può capire i pericoli e le responsabilità della radio-terapia. L'O. del giorno Perussia dà posto a tutti, non crea privilegi: si invochi la creazione di un unico organismo centrale per la concessione dell'esercizio professionale della radiologia.

Prof. CONTI. — L'o. del giorno si può approvare con la variante che siano rispettati i diritti delle cliniche e dei grandi istituti.

Alla discussione partecipano anche COLLICA, CITELLI, RADAELI, SOLIERI, LUSENA; replica il prof. PERUSSIA. Si nomina una Commissione per concretare l'o. d. g. tenendo conto delle varie tendenze. Esso risulta così concepito:

« Il primo Convegno nazionale della Lega italiana per la lotta contro il cancro conscio che, allo stato attuale, la terapia del cancro si fonda oltrechè sull'intervento chirurgico, sull'impiego dei raggi X e delle sostanze radio-attive, per il quale si richiede un complesso di organizzazione, di competenze, di istrumentario e di materiale costosissimo e difficile a realizzarsi in ambienti non creati appositamente allo scopo;

« Plaude all'opera del Governo, di quegli Enti pubblici e privati che aiutano la creazione in Italia di speciali centri clinici ed ospedalieri per la cura del cancro, dove tutte le condizioni di una razionale terapia sono attuate;

« riconosce la possibilità che, anche in privati istituti, si pratichi la radioterapia del cancro, purchè essa non sfugga ad opportuna disciplina e controllo, tali da garantire i pazienti che in realtà chi li cura possegga la speciale competenza e l'adatto istrumentario e da salvaguardarli dagli inesperti e dai disonesti;

« ritiene a questo scopo che, ferma restando la vigile sorveglianza delle autorità sanitarie e degli Ordini dei medici per il rispetto delle leggi, che già disciplinano gli istituti di cura e la pubblicità sanitaria, per la denuncia delle sostanze radio-attive, per la protezione dei gabinetti radiologici, per la serietà e il decoro professionale in genere, debbano esplicarsi la disciplina e il controllo della radioterapia del cancro non tanto sui metodi ed apparecchi usati o sul quantitativo di sostanze radio-attive disponibili, quanto invece

sull'accertamento della reale competenza specifica di chi pratica le cure radiologiche e prospetta, come soluzione ideale, l'intima collaborazione tra specialista radiologo e clinico;

« fa voti perchè la qualifica di specialista radiologo sia elargita con norme molto severe ed afferma la convenienza che nell'insegnamento universitario non manchi quello della radiologia generale, il quale valga ad infondere nelle nuove generazioni di medici, la coscienza delle difficoltà e dei pericoli inerenti alla radioterapia del cancro e li prepari a sorreggere con un consiglio oculato e onesto l'orientamento dei malati ».

Metodi di propaganda nella lotta contro il cancro.

Prof. ENRICO RONZANI. — Dopo aver riassunto le principali attività delle leghe estere, riferisce quanto finora si è fatto in Italia dal C. D. C. della Lega Italiana e dalle Sezioni provinciali. La propaganda deve essere coordinata con le disponibilità dei mezzi di difesa: istituzioni di ambulatorî, centri diagnostici, centri di cura i più completi possibili. La propaganda deve svolgersi anzitutto tra i medici pratici, gli studenti di medicina e gli esercenti professioni sanitarie ausiliarie (levatrici, infermiere); propone corsi annuali brevi nelle Università e nei centri ospitalieri, posti di istruzione negli Istituti di patologia, costituzione di Comitati comunali, conferenze, collegamento con i sindacati, amministrazioni comunali, grandi industriali, istituti di assicurazione. Diffondere manifesti murali, piccole pubblicazioni, films, articoli sui giornali, controllo igienico nei laboratorî e stabilimenti.

Dott. BUGALLI. — Porta l'adesione dell'Associazione Nazionale Medici Condotti.

Prof. ALFIERI. — Fa rilevare l'importanza e l'utilità della propaganda presso le levatrici. È necessario inoltre che il pubblico si convinca che il carcinoma, specialmente se accessibile, è curabile. Propaganda non solo di parole ma di fatti come l'istituzione di centri di cura chirurgica e attinica per aumentare la percentuale delle operabili e quindi delle guarite e combattere lo scetticismo dei medici e del pubblico.

Prof. MAGGIONI. — Accetta le proposte Ronzani e afferma che la propaganda deve svolgersi in tutte le classi sociali anche nelle elevate e colte, insistere sulla importanza delle manifestazioni iniziali e sulla curabilità di esse. È necessario preparare il medico e lo studente. È necessaria un'azione concorde in cui convergano ambienti universitari, cliniche, laboratorî e medici. Accenna al problema della presenza di stati e di lesioni precancerose.

Prof. RONDONI. — È necessario combattere contro l'ignoranza che ancora abbiamo nel problema del cancro. Si devono quindi intensificare lo studio scientifico e le ricerche sperimentali e tecniche e far propaganda per la raccolta di fondi, a questo scopo presso il pubblico, le autorità e i medici.

Soltanto dalla ricerca scientifica metodica potrà venire la direttiva precisa per la lotta contro il cancro. Si augura che dall'Italia venga una di quelle scoperte che fanno epoca e onorano un paese e provengono dal lavoro bene organizzato. La lega inglese contro il cancro dà 120 mila sterline all'anno all'Istituto di ricerche scientifiche pure sul cancro: il Wurbung nell'Istituto di Dalem ha a sua disposizione 100 mila marchi all'anno per le sole ricerche. In Italia anche si devono trovare i mezzi per questi studi.

Prof. MACCHIORO. — Riferisce sull'opera svolta per la propaganda dalla Sezione di Trieste.

Costituzione e organizzazione dei centri diagnostici.

Prof. MORPURGO. — Cómpito dei C. diagnostici è quello della diagnosi tempestiva dell'esistenza e natura dei tumori. Per ora la diagnosi di malattie precancerose o di disposizione ai tumori maligni non può essere fatta nè può lasciarci sperare. Si devono riconoscere i tumori già esistenti ma ancora senza caratteri clinici indubbi. Anche i più tenui indizi o sospetti devono portare a indurre i malati ad accettare esami accurati e a questo devono contribuire i medici. Insegnanti e trattatisti devono mettere in primo piano: sintomi per una diagnosi di probabilità o di possibilità di tumore: la diagnosi clinica certa si può fare solo troppo tardivamente. La superiorità dei centri diagnostici deve consistere nella coordinazione di tutti i mezzi di diagnosi più sicuri: essi devono facilitare l'afflusso dei malati senza fare concorrenza professionale. L'Istituto dell'Ospedale di S. Giovanni di Torino ne è un esempio. I centri diagnostici dovrebbero per ora costituirsi solo nelle grandi città che sole possono fornire tutti i mezzi collegandoli con gli ospedali delle città minori e appoggiandosi a un grande ospedale.

L'opera del C. D. deve risultare dal contributo dell'internista, chirurgo, radiologo e patologo con i rispettivi mezzi clinici e di laboratorio. L'ambulatorio deve essere gratuito e diretto da tutti i componenti il collegio medico per avere un giudizio completo e sereno. Si devono anche eseguire le ricerche a richiesta di altri sanitari e quindi dare e osservare tutte le norme necessarie. Le ricerche istologiche sono di grande importanza e vanno eseguite rapidamente e scrupolosamente secondo le indicazioni che il relatore dà minutamente. Così pure per l'organizzazione delle varie specialità, dell'archivio, delle statistiche, la sorveglianza degli ammalati dimessi od operati, la costituzione di Comitati di Dame visitatrici. Presenta vari tipi di moduli e schede.

Prof. STANZIALE. — Invoca la coordinazione delle forze secondo anche le direttive del Governo. Ricorda l'opera dell'Istituto Fotoradioterapico di Napoli che funziona dal 1922, che sempre ha dedicato la sua attività anche alla cura dei cancerosi: in cinque anni ha curato 1824 ammalati con i raggi X e col radium.

Prof. PASCALE. — Fa proposte riguardo al miglioramento delle statistiche. Il centro per lo studio del cancre deve essere distinto da quelli per la diagnosi e cura che devono essere in un luogo che permetta il ricovero dei malati come egli ha organizzato nella Clinica chirurgica di Napoli.

Dott. PUGLIESI. — L'Istituto di profilassi sociale in Messina ha istituito un reparto per il cancro; l'O. presenta il tipo di cartella-diario in uso.

Alla discussione partecipano LIGORIO, SFAMENI, R. BASTIANELLI, PEPERE, MORPURGO.

Prof. LUSTIG. — A proposito della cartella-diario presentata dal dott. Pugliesi dice che la Presidenza raccoglierà tutte le proposte e le studierà per presentare le conclusioni alle Autorità.

L'assistenza ai cancerosi.

Prof. G. FICHERA. — Il materiale su questo argomento è scarso, modesta l'esperienza fatta nei vari paesi, limitate le proposte per ragioni varie dipendenti dalle scarse conoscenze e dalla limitata curabilità. Per l'assistenza ai cancerosi non è necessario siano risolti tutti i problemi dell'etiologia e patogenesi dei tumori. La lotta contro il cancro ha già portato in molti luoghi all'aumento dei casi operabili che si presentano al chirurgo specialmente per il cancro dell'utero. Inoltre ai cancerosi si può dare una assistenza per lenire le sofferenze come già quasi due secoli fa si è incominciato a fare in Francia e in Inghilterra e come si sta facendo in Belgio, negli Stati Uniti d'America e intensificando in Francia. Si istituisce una organizzazione per seguire i cancerosi dal momento che si presentano all'ambulatorio, all'ospedale e poi quando tornano a casa. Il malato va assistito fin dall'inizio colla diagnosi precoce e l'accertamento. La spedalizzazione è complicata da gravi questioni economiche ed è necessario aiutare i comuni. È poi necessaria l'assistenza domiciliare continuata e intelligente così per i curabili come per gli incurabili. In Belgio e in Germania il problema si va risolvendo con le casse di assicurazione: così si dovrebbe fare in Italia servendosi dei sindacati e con l'aiuto dello Stato e degli Enti. Per l'assistenza a domicilio si dovrà ricorrere alle varie istituzioni di infermiere oltre che alle volontarie come in Francia, preparando però personale adatto. A proposito delle statistiche crede necessaria anche una statistica anatomica. Discute poi sulla affermata minore frequenza del cancro nelle regioni meridionali concludendo come questa sia più apparente che reale.

Prof. RONZANI. — Gli Ospedali respingono in genere i cancerosi inoperabili, perchè regolati dalla legge del 1890 sulle Opere Pie che è necessario mutare in rapporto con i tempi nuovi. Propone il seguente ordine del giorno, approvato:

« Si fa voti che il Governo Nazionale riconosciuto che la legge sulle Opere Pie non è più adatta a governare gli ospedali, riformi detta legge, sistemando in tutto il paese il funzionamento tecnico degli ospedali, sostituendo per l'accoglimento dei malati aventi diritto al ricovero, alle improprie categorie: *acuti e cronici* un elenco nazionale delle forme o gruppi di forme morbose più conformi alle esigenze della profilassi sociale finora completamente trascurata, elenco nel quale devesi curare in prima linea: *il cancro* ».

*
* *

I congressisti si recarono a visitare l'istituto Vittorio Emanuele III per il cancro già completato e in via di arredamento.

Nella sala delle Assie al Castello Sforzesco ebbe luogo la seduta di chiusura con un discorso del presidente del Congresso prof. Belfanti, del sen. Lustig e del podestà di Milano on. Belloni.

GALLENGA.

R. Accademia dei Fisiocritici - Siena.

Seduta del 25 novembre 1927.

La resistenza all'asfissia per sommersione e la respirazione cutanea nei mammiferi neonati.

DOMINI GIOVANNI. — Le esperienze che ho stabilite hanno lo scopo di dimostrare l'influenza dell'acqua, quale *medium* respiratorio, sulla varia resistenza dei neonati all'asfissia per sommersione.

A tal uopo mi sono servito dei neonati di tre specie diverse (topi albini, cavie e conigli), che ho annegati in acqua a varie temperature; acqua che veniva prima privata dei gas con l'ebollizione e poi arricchita di ossigeno con continuo ed abbondante gorgogliamento.

Delle tre specie di neonati usati, la cavia ed il coniglio non hanno presentato differenza notevole di resistenza in acqua arricchita di ossigeno ed in acqua privata dei gas, mentre il topo albino resiste nell'acqua arricchita di ossigeno circa un'ora più del controllo annegato in acqua priva di gas.

Tale differenza di comportamento ritengo sia dovuta alla varia differenziazione della cute delle tre specie di neonati; cute che mentre è rosea, sottile, delicata nei topi, è invece più differenziata e coperta di peli nelle cavie e nei conigli.

In altre parole attraverso la cute di neonati sommersi in acqua arricchita di ossigeno si compiono quegli scambi gassosi che permettono un precario prolungamento della vita dei tessuti. Ora, mentre questi scambi sono più attivi e meglio rivelabili nei topi neonati (piccoli ed a cute sottilissima), i detti scambi non si rendono evidenti nelle cavie e nei conigli che posseggono un volume più notevole ed una pelle molto più differenziata e già coperta di peli.

Ricerche batteriologiche intorno alla virulenza del pneumococco coltivato in un terreno al sangue emolizzato.

Dott. S. Vanni. — L'O. ha studiato il comportamento, specialmente in riguardo alla conservazione della virulenza, dei tipi I, II e III del pneumococco, coltivato in un terreno al sangue emolizzato, reso noto di recente da Mazzetti. Ricordata la tecnica della preparazione del terreno, l'O. descrive i caratteri culturali macro- e microscopici del germe così coltivato. Stabilite nel topolino bianco le dosi minime mortali con culture di 12-15 h., dopo aver seminato numerosi tubi e aver posto le culture all'oscuro e a temperatura ambiente, ne ha saggiato, a intervalli di tempo, la virulenza con iniezioni endoperitoneali nel topolino a varie diluizioni di cultura.

Esposti dettagliatamente i risultati osservati con i tre tipi del pneumococco è tratto a concludere:

a) che il terreno di Mazzetti al sangue emolizzato è di facile, rapido e sicuro allestimento; per la sua limpidezza si presta agevolmente per seguire lo sviluppo del pneumococco e per ricerche sierologiche;

b) che in questo terreno i tre tipi I, II, III del pneumococco si coltivano bene e si mantengono vivi e virulenti per un tempo relativamente lungo.

Dott. Garosi Alcide (Istituto di Patologia Generale). — Comunica intorno al modo di comportarsi dell'apparato reticolo-endoteliale di alcuni organi parenchimatosi nella tiroidectomia sperimentale.

L'A. mette in rilievo come conclusione l'importanza delle solidarietà epato-tiroidee che in base all'esperimento ed all'osservazione clinica si sarebbe indotti ad ammettere, sia in condizioni normali, sia in condizioni patologiche.

Sui tumori retrosternali.

Prof. B. Lunghetti a nome del dott. G. Fernando. — Descrizione di un tumore situato al dinanzi del sacco pericardico, con metastasi nelle sierose pleuriche e pericardica ed in una ghiandola linfatica retroperitoneale, riscontrato in una donna di 34 anni, che presentò i sintomi di malattia solo tre mesi prima della morte.

Pei suoi caratteri strutturali il tumore si manifestò come un linfosarcoma, di probabile origine timica, e notevolmente ricco di tessuto fibroso, che in parte si presentò in forma di setti, poveri di elementi cellulari ed in incipiente degenerazione ialina.

Nella presente osservazione l'O. si è pure minutamente occupato della disposizione detta *Gitterfasern* allo studio delle quali egli annette grande importanza per la diagnosi delle diverse neoplasie timiche.

Prof B. Lunghetti a nome dello studente F. Putzu. — In un vecchio di 67 anni con profonde e diffuse lesioni ateromasiche dell'aorta e con gravi lesioni arteriosclerotiche viscerali, l'arteria renale sinistra, pur presentando il suo calibro, esternamente misurato, normale, mostrò le sue pareti largamente calcificate e così fortemente inspessite che con il lume del vaso era ridotto a soli 2 mm. circa.

Siccome il rene corrispondente, oltre ai segni di una grave arteriosclerosi, reperibili anche nel rene dell'altro lato che appariva di volume normale, mostrò un notevole grado di atrofia, l'O. ritiene che la causa di questo ultimo fatto debba ricercarsi nella occlusione quasi completa della arteria renale sinistra e nella conseguente estrema riduzione dell'afflusso di sangue arterioso non controbilanciata dal circolo collaterale.



Adunanza del 16 dicembre 1927.

La forma raggiata e le clave non sono caratteristiche dell'"Actinomyces bovis".

Chiurco. — L'O. dice nella sua comunicazione che è improprio denominare l'*Actinomyces*, fungo raggiato, perchè da molti lavori ultimamente pubblicati risulta che la disposizione raggiata si può trovare anche nella *Lichtheimia* o nel *Mucor* (esperienze fatte da Morone), nell'*Aspergillus fumigatus* (esperienze di Greggio, di Perin, di Renon, ecc.), nelle streptotrichee (Sanfelice ed altri), nella *Malbranchea* (Bolognesi e Chiurco), nello *Sporotrichum* (Harter e Gruyer parlano di forme actinosimili). Anche le clave secondo l'O. non sono una caratteristica dell'Actinomices e secondo lui possono essere interpretate come forme di resistenza del micete verso i tessuti dell'organismo.

Il Segretario: Dott. A. Caroli.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Lo sviluppo della tubercolosi polmonare.

Ranke ha descritto con il nome di infiammazione perifocale le forme di tubercolosi pulmonare dovute ad infezioni primitive attraverso le vie linfatiche o sanguigne. Queste forme sono caratterizzate dall'assenza quasi completa di ogni segno fisico. Tuttavia non è raro riscontrare fatti semeiologici: ipofonesi con lieve modificazione del murmure vescicolare, rari rantoli ed immagini radiografiche simili a quelle della polmonite caseosa con lesioni localizzate sempre a distanza degli apici pulmonari. Queste forme per lo più guariscono, ma più frequentemente di quel che fanno le lesioni apicali possono determinare la formazione di caverne.

Romberg (*Klinische Wochenschrift*, 1927, n. 24) dopo avere messo in rilievo l'importanza di queste forme dal punto di vista diagnostico e patogenetico, osserva che esse sono influenzate dalle reinfezioni, a mo' della tubercolina, determinando una vivace reazione del focolaio. È possibile anche che sostanze diverse o vari fenomeni fisici provochino fatti allergici nei predisposti e talvolta agire addirittura come fattori determinanti. Così si spiegherebbero la febbre dopo le emottisi e le recrudescenze provocate dalle irradiazioni di sole naturale o artificiale.

La terapia deve essere indirizzata ad evitare ogni causa d'irritazione, e così sono assolutamente sconsigliabili le cure tubercoliniche. Le cure climatiche devono essere fatte in montagna con altezza non superiore a 1500 ed anche a 1000 metri. In caso di formazione di caverne bisogna ricorrere al pneumotorace. DR.

La diagnosi delle infezioni tubercolari primitive e secondarie.

Starlinger (*Klinische Wochenschrift*, 1927, n. 24) distingue due forme cliniche di tubercolosi pulmonari: una corrispondente all'infezione primitiva ed alle sue conseguenze derivanti dalla propagazione del processo attraverso le vie linfatiche o sanguigne, e l'altra corrispondente alla reinfezione con invasione dell'albero bronchiale a mezzo dei prodotti della distruzione dei processi primitivi.

L'infezione primitiva di solito non dà manifestazioni cliniche evidenti e guarisce rapidamente. Talvolta invade i gangli ed il sangue. Si hanno allora i sintomi dell'infezione generale con ingrandimento ed indurimento della milza, mentre nel pulmone si ha la formazione di focolai, rilevabili all'esame radiologico, che costituiscono veri semenzai. Questi possono guarire rapidamente o provocare la tisi densa o diffusa. Si può avere anche invasione delle meningi, degli occhi, delle articolazioni, del peritoneo. Questa forma si cura con il metodo disallergico a mezzo di radiazioni allo scopo di determinare una reazione fibrosa in corrispondenza dei tessuti invasi.

La reinfezione è caratterizzata da focolai per lo più multipli, localizzati nelle parti superiori del pulmone e profondamente nel parenchima. I focolai possono rimanere localizzati o aprirsi nei bronchi, nel qual caso il processo si diffonde per successive reinfezioni locali senza partecipazione dei gangli, senza metastasi, ed eventualmente con batteriemia. La diffusione ad altri organi, come la laringe ed il tubo digerente, avviene solo per contatto. La prognosi di questa tisi fibro-caseosa è generalmente grave. L'unica cura efficace è il pneumotorace. DR.

Tachicardia e bradicardia nella tubercolosi polmonare incipiente.

A. Chiarli (*Gazz. Ospedali e Cliniche*, 21 agosto 1927) riporta l'osservazione di una malata in cui la tachicardia è stata un fenomeno quasi iniziale della tubercolosi polmonare, quando ancora questa non si rivelava che con sintomi assai lievi. Essa è stata contemporanea di altri fenomeni di intossicazione del sistema simpatico.

È però fatto di osservazione comune che tale tachicardia scompare proprio quando appaiono quei segni che permettono di affermare senza dubbio l'esistenza del processo tubercolare. In parte tale fenomeno va attribuito all'assuefazione del sistema simpatico alla tossina tubercolare, poichè talvolta si manifesta anche l'attenuazione degli altri segni di intossicazione del simpatico. Ma soprattutto è importante la intossicazione del vago periferico. Quando appaiono segni non indubbi di azione intensa della tossina sui rami periferici del vago, quali i dolori profondi della parete toracica, il sintoma della tachicardia tende, di fatto, ad attenuarsi, fino a scomparire del tutto.

Evidentemente, le cose non si svolgono sempre in modo così schematico; spesso, si assiste ad un alternarsi di tachi- e di bradicardia, dovuto alle vicende alterne dell'infezione tubercolare ed alle differenti localizzazioni delle lesioni successive, che possono influire, ora su questo, ora su quel gruppo di rami nervosi.

Tali origini della tachi- e bradicardia spiegano come questi sintomi siano legati alla costituzione

nervosa del soggetto. Di fatto, nei simpaticotonici a riflesso oculo-cardiaco ascendente, le ripercussioni della tossina sul simpatico sono più intense, arrivando sino al cardiopalmo intenso e prolungato, che si rinnova con facilità; invece, nei vagotonici a riflesso oculo-cardiaco fortemente discendente, la tachicardia sarà minima ed in ogni caso transitoria, od anzi si potrà avere bradicardia netta, dando così luogo ad una contraddizione apparente alla regola generale, per la presenza di una bradicardia, dove ci si aspettava una tachicardia.

È a questa differenza del terreno nervoso costituzionale piuttosto, che ad una differente azione propria elettiva, bradi- o tachi-cardizzante, della tossina, che si devono le differenze nella sintomatologia della tubercolosi nei diversi individui. Inoltre il numero dei vagotonici, essendo, dice l'A., sensibilmente minore dei simpaticotonici, è naturale che, delle due sintomatologie, la tachicardia sia dal punto di vista la più frequente, anzi dal punto di vista pratico, possa considerarsi la sintomatologia tipo. *fil.*

Rapporti tra disturbi gastrici e tubercolosi polmonare.

La tumefazione delle glandole tracheo-bronchiali, osserva W. Neumann (*Wiener klinische Wochenschr.*, n. 40, 1927), può determinare dolori gastrici talvolta come unico sintomo. Quando nei polmone si è sviluppata l'affezione primaria causa dell'adenopatia, vengono compressi rami nervosi del vago e dello splancnico, con conseguenti sensazioni dolorose nella regione gastrica. Questi dolori possono essere influenzati dall'ingestione di alimenti; essi possono anche manifestarsi verso la mezzanotte, o a stomaco vuoto e venir calmati dall'ingestione di cibo. Sintomi gastrici che fanno sospettare un'ulcera mentre questa viene esclusa dall'esame radiologico e dall'esame delle feci devono far pensare alla adenopatia tracheo-bronchiale. Tanto maggiore è il sospetto se si constatano anche l'enfisema giovanile, gli apici ridotti, i vasi rigidi e la milza dura e a margini netti dell'induramento biapicale della tubercolosi fibrosa densa: dimostrabile da ipofonesi simmetriche ascendenti, respiro aspro, rantoli crepitanti. I pazienti affetti da tubercolosi fibrosa diffusa o densa si trovano spesso in ottime condizioni di nutrizione e sembrano sanissimi; altre volte lo stato di nutrizione è scadente fino alla cachessia.

Dolori gastrici in ammalati di tubercolosi polmonare possono dipendere da una nevrite del nervo frenico, coinvolto in processi infiammatorii del rivestimento sieroso del diaframma o della pleura mediastinica; specialmente in casi di affezioni primarie nelle regioni sottopleuriche. In altri casi i dolori gastrici vengono provocati da processi tubercolari addominali (tubercolosi del peritoneo, delle glandole mesenteriche, dell'omento); processi quasi sempre secondari alla tubercolosi polmonare. POLLITZER.

TERAPIA.

La cura dell'avvelenamento da sublimato corrosivo.

V. Ronchetti (*L'Ospedale Maggiore*, 30 sett. 1927) ha avuto occasione di osservare in breve periodo di tempo 20 casi di avvelenamento da sublimato corrosivo e riferisce i dati della sua esperienza.

Anzitutto è opportuno notare che non sempre vi è una regolare proporzione fra il quantitativo di sublimato ingerito e la intensità e la gravità dei fenomeni di avvelenamento. In qualche caso, all'ingestione di forti quantità di sublimato sono seguiti fenomeni relativamente lievi e viceversa. Ciò può essere dovuto al fatto che l'individuo accusi di aver ingerito delle quantità maggiori di quelle realmente prese; oppure alla eliminazione di gran parte del tossico mediante il vomito. Un altro concetto da tener presente è che non ci si deve fidare per la prognosi e la condotta della cura sulla lievità dei sintomi presentati, poichè questi possono subire improvvisamente un aggravamento. Occorre quindi mettere subito in atto tutti i sussidî terapeutici.

I vecchi metodi classici sono sempre utili e si devono mettere in opera; un'osservazione va fatta in riguardo alla gastrolisi, la quale ha un'efficacia relativa, poichè la pastiglia di sublimato incontra una certa difficoltà a sciogliersi; meglio vale la provocazione del vomito, che asporta talora delle pastiglie ancora intere.

Dei metodi nuovi l'A. ha tentato con successo quello delle iniezioni endovenose di tiosolfato sodico ed applicazioni topiche, nonchè quello della somministrazione di alte dosi di carbonato e sottonitrato di bismuto.

Il primo metodo comprende la somministrazione endovenosa di tiosolfato sodico a dosi di g. 0,30; 0,45; 0,60; 0,75; 0,90; 1,20; 1,80; sciolte in non più di 20 cmc. di acqua distillata. Le prime quattro dosi si somministrano una al giorno, quelle successive, se necessarie, a giorni alterni. Sono anche consigliate, quando il veleno è stato introdotto per via gastrica, le gastrolisi con 500 cmc. di acqua in cui sono stati sciolti 30 grammi di tiosolfato sodico. Perchè la cura approdi a buoni risultati, è però necessario che venga iniziata abbastanza presto, prima cioè che il sublimato abbia determinato nell'organismo dei guasti irrimediabili.

Il secondo metodo di cura descritto da Lewen-

stein, consiste nel somministrare giornalmente sei-otto grammi di preparato bismutico e, complessivamente 16-42 grammi. L'A. usa delle polveri di carbonato di bismuto (g. 0,75) e sottonitrato di bismuto (g. 0,25). In confronto delle formole usate da altri, l'A. ha ridotto il quantitativo di sottonitrato di bismuto, che è un preparato piuttosto infido per le possibili sue impurità (composti arsenicali). Naturalmente non si devono trascurare i sussidî terapeutici abituali (iniezioni endovenose di glucosio, proctoclisi glucosate, cardiocinetici e cardiotonici, dieta idrica da principio e poi latteo-vegetariana fino a guarigione). *fil.*

Sintomo semplice per riconoscere l'intossicazione bismutica nella cura della sifilide.

Loche e Rosenfeld (*Med. Klinik*, n. 34, 1927) rilevano che nei sifilitici curati col bismuto si sviluppa quasi sempre un orlo bismutico nella mucosa boccale. In casi di ipersensibilità (congenita o acquisita) in anemici, in pazienti affetti da disturbi gastrici e renali e nei vago-neurotici l'orlo bismutico si sviluppa molto precocemente dopo le prime iniezioni. Ciò perchè nei casi di vasoneurosi in seguito alla chiusura del liquido che circola nei capillari cutanei la quantità di sangue circolante è minore e quindi la concentrazione del bismuto più alta. L'orlo bismutico non si sviluppa invece nelle gravide dopo il quinto mese, nei bambini e negli individui privi di denti. L'orlo bismutico è composto da solfuro di bismuto.

Per quanto riguarda l'importanza della manifestazione è necessario distinguere fra l'orlo bismutico delle gengive ed orlo bismutico della mucosa boccale. Il primo è una manifestazione trascurabile e non rende necessaria l'interruzione della cura. Nell'orlo bismutico della mucosa boccale può essere interessata la mucosa delle guance, delle labbra, l'ugola, le tonsille; quasi sempre è interessata anche la lingua, talvolta isolatamente. Si vedono sui margini della lingua dei piccoli punti di colore blu fino al bruno scuro, grandi quanto una testa di spillo o più piccoli; sulla parte inferiore della lingua si vedono talvolta macchie più grandi. Sulla mucosa delle guance, delle labbra, del palato, ecc. l'orlo bismutico consiste in una pigmentazione diffusa di colore dal grigio lavagna al blu nero. L'orlo bismutico della mucosa boccale è quasi sempre accompagnato da albuminuria e cilindruria. Il sintomo di Rumpel-Leede è spesso positivo. Sono frequenti petecchie della mucosa boccale. Non appena si manifesta l'orlo bismutico della mucosa boccale è necessario sospendere la cura per impedire l'intossicazione generale da bismuto.

POLLITZER.

Gli accidenti locali da iniezioni di bismuto.

Barthèlèmy (rec. in *Journal des Praticiens* n. 48, 1926) riferisce di:

a) *accidenti benigni*: si possono avere nodosità superficiali specie per iniezioni poco profonde (negli obesi). Nella parte centrale può restare un po' di liquido non riassorbito e si forma una specie di gomma medicamentosa di lentissima scomparsa. Talora invece si produce una specie di fibro-sclerosi dei muscoli e le natiche divengono lignee;

b) *accidenti gravi*: 1) la cisti oleosa sopra ricordata produce una specie di ascesso senza pus; basta una semplice puntura evacuatrice; 2) l'ascesso si accompagna a notevole reazione della natica, si deve incidere profondamente e largamente; 3) si ha una trombosi arteriosa. abbastanza grave, con dolore e tinta violacea marmorizzata della cute. Nei giorni seguenti compare una zona ischemica che si necrotizza: l'escara secca e nerastra a poco a poco si elimina e ne residua una cavità conica con apice in profondità. L'embolia è fortunatamente un accidente eccezionale.

Per evitare questi inconvenienti, bisogna spingere un ago lungo in pieno muscolo ed assicurarsi che non si sia penetrati in un vaso sanguigno. È bene non usare preparati che contengano per eccipienti grassi minerali, e che il bismuto del preparato sia così finemente suddiviso da dare sospensione omogenea. Di più in malati che abbiano già fatto cure è prudente iniettare solo piccole dosi, solo due volte alla settimana, e lasciare tra una serie e un'altra un periodo di tempo abbastanza lungo, eventualmente alternando la cura con l'uso di suppositori mercuriali che Barthèlèmy consiglia di formulare come segue: Pr. unguento napoletano gr. 0,06-0,08, burro di cacao g. 6, per un suppositorio tali n. 15, s. uno ogni due giorni. L. TONELLI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'apparato reticolo endoteliale. Nuove ricerche sperimentali sul concetto di blocco.

M. Capocaccia (*Pathologica*, 15 ottobre 1927) avendo osservato che le sostanze adoperate dagli sperimentatori per ottenere il blocco debbano considerarsi come perturbatrici del ricambio generale degli animali, si è proposto di studiare il comportamento del ricambio degli idrati di carbonio negli animali a sistema reticoloendoteliale bloccato. A tale uopo ha eseguito la prova della glicemia alimentare: somministrava lo zucchero in soluzione concentrata ad animali (cavie e conigli) nei quali aveva ottenuto il blocco col trypanblau o col saccarato ossido di ferro per via sottocutanea, endoperitoneale, endovenosa ed ese-

guiva lo studio delle curve glicemiche col metodo di Bang. Negli animali trattati con trypanblau, il tasso glicemico apparve normale prima della prova, fu riscontrato invece lieve aumento di esso negli animali trattati con saccarato ossido di ferro.

Lo studio delle curve glicemiche negli animali trattati con trypanblau o con saccarato ossido di ferro mostrò una diminuita tolleranza degli animali alla introduzione di grandi quantità di zucchero, da mettere in rapporto con uno stato di lieve ma costante disfunzione epatica.

Queste osservazioni confermano la convinzione dell'A. che sia erroneo attribuire tutti i fenomeni conseguenti al blocco alla saturazione delle cellule reticoloendoteliali ed alla loro esclusione funzionale.

Certamente intervengono altri squilibri fisicochimici e tra cui quelli dovuti alla introduzione nel circolo in grandi quantità di soluzioni a carattere colloidale. Infatti l'A. ha riscontrato nelle varie ricerche sperimentali l'abbassamento del valore complementare, indice di perturbamento fisico-chimico.

Rivelatrice di un particolare stato di squilibrio fisico-chimico deve essere considerata la prova della velocità di sedimentazione delle emazie: l'iniezione di trypanblau produce un aumento della velocità di sedimentazione, riscontrata dall'A. nel corso delle sue esperienze.

Tutti questi perturbamenti hanno sicuramente grande influenza sul determinismo di molti tra i fenomeni attribuiti al blocco: questo va considerato anzitutto come una intossicazione ed i fenomeni fisiologici e fisiopatologici con esso mezzo rilevati, debbono interpretarsi come l'espressione di uno stato di squilibrio che non ha niente a che fare con la mancata funzione delle cellule dell'apparato reticoloendoteliale. *f. v.*

Una reazione speciale degli endoteli vasali con formazione di trombi.

In alcuni territori vasali capillari e venosi con stasi sanguigna ed infiammazione lenta dei tessuti circostanti, F. Henschen (*Acta med. Scand.*, vol. LXV, 5-6) ha riscontrato uno speciale accrescimento degli endoteli vasali, che può condurre ad una formazione di trombi, più o meno estesa. Tale alterazione deve essere considerata come una nuova forma, non ancora descritta, di trombovasculite produttiva.

Gli endoteli irritati si accrescono a guisa di lunghe propagini nel sangue stagnante ma fluido, e ne possono in tal modo separare delle parti dalla restante massa sanguigna. Gli eritrociti imprigionati si trasformano quindi in una massa ialina, che si comporta morfologicamente e per proprietà di colorazione come la fibrina. Tali modificazioni sono spiccatamente accennate nelle cosidette « caruncole dei canalicoli urinari ».

L'A. mette in rilievo l'analogia di tali fatti con la cosidetta « endovasculite verrucosa » descritta in certe malattie infettive, quali il tifo, alcune colibacillosi, e la sepsi lenta. Anche in queste infatti si originano delle speciali trombosi ialine derivanti dall'accrescimento dell'intima, e dall'imprigionamento nella fibrina delle cellule nucleate e dei corpuscoli rossi.

M. FABERI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Rimedio di Pollini. — Al dott. A. R. da M.:

Il rimedio (polveri, acque o compresse) di cui chiede l'abbonato, è d'indubbia azione antiluetica e soprattutto nelle gravi forme ulcerose e nella così detta sifilide maligna la sua efficacia, sperimentata anche da Clinici di fama, ha qualche volta del sorprendente.

Non è possibile dare le dosi in centigrammi come desidera l'abbonato: le istruzioni per l'uso sono annesse al rimedio o possono leggersi in un opuscolo che la Casa fabbricante spedisce gratis ai medici, su richiesta. V. MONTESANO.

Il metodo di Vorschütz. — All'abb. n. 4582:

Vorschütz ha proposto di usare l'autoemoterapia nella profilassi e nel trattamento delle complicazioni polmonari postoperative. Si fanno, con i consueti sistemi, delle iniezioni di sangue dello stesso paziente.

Schwarz (*XIV Tagung der Süddeutsche Chirurgenvereinigung*) ha applicato il metodo profilatticamente in 120 pazienti e ne ha ottenuto buoni risultati. Subito dovo la prima iniezione, la temperatura si abbassa alla normale e non si è mai avuto sviluppo di polmonite nè di pleurite. In 41 casi di polmonite già sviluppatasi, l'autoemoterapia ha fatto cadere la temperatura per crisi in 19 e per lisi in 18; negli altri 4 la polmonite continuò indisturbata il suo corso. Non tutti i casi di polmonite postoperatoria si salvarono; ma il numero di morti per tale causa nell'anno in cui si usò l'autoemoterapia (4) fu notevolmente inferiore alla media (10-20) degli anni precedenti, sebbene si fosse fatto un maggior numero di operazioni. A. FILIPPINI.

Verniciatura dei recipienti per acqua potabile. — Al dott. A. U., da S.:

Le istruzioni ministeriali per la compilazione dei Regolamenti locali sull'igiene del suolo e dell'abitato, all'art. 88 prescrivono che i serbatoi per

l'acqua potabile non debbono essere rivestiti con vernici contenenti piombo. Nelle ferrovie italiane, i recipienti per il trasporto di acqua potabile vengono laccati internamente con vernice all'alcool.

fil.

Al dott. G. A., da B.:

Non conosciamo trattati speciali sull'*avvelenamento da vipera*. Ampie notizie su tali avvelenamenti potrà trovare nell'opera di M. PHISALIX: *Animaux vénimeux et vénins*. Qualche notizia in proposito si trova anche nei comuni trattati di patologia medica, p. es., nel VI volume del Mohr e Stähelin.

Veda anche: A. BIANCALANI: *Avvelenamento da morso di vipera aspis* (con bibl.) Gazz. inter. di med. e chir., 1925, n. 7. O. BERTOLOTTI: *L'avvelenamento da vipera.* Stampa medica, 1925, n. 1.

fil.

Al dott. G. L. da B.:

Le medaglie di benemerenza della salute pubblica sono destinate a premiare le persone che si rendono in modo eminente benemerite in occasione di qualche morbo epidemico pericoloso.

Le medaglie al merito della sanità pubblica sono destinate a premiare chi abbia reso con cospicue elargizioni o con prestazioni segnalati servigi nel campo delle opere che interessano l'igiene e la sanità pubblica.

La differenza fra le due medaglie consiste in ciò che l'una porta da un lato una corona di quercia con la leggenda all'intorno: « ai benemeriti della salute pubblica »; l'altra porta entro la corona di quercia il bastone di Esculapio, e all'intorno la leggenda: « al merito della sanità pubblica ».

Per i nastrini può rivolgersi agli stabilimenti Johnson (Milano-Roma).

M. C.

VARIA

Le ferite della mano e delle dita per matite di anilina.

(JOELIN. *La Presse Médicale*, 13 aprile 1927, n. 30, p. 467).

Si tratta di necrosi chimica asettica causata dalla presenza prolungata di particelle di anilina in mezzo ai tessuti. È un'affezione descritta prima a Vienna e dopo in Germania, e che si ha negli impiegati degli uffici, nelle dattilografe, che si pungono la mano o le dita con matite copiative, al violetto di metile per lo più. Ne sono illustrati 60 casi circa.

L'A. ne ha osservato un caso in una dattilografa, feritasi accidentalmente con la matita all'indice della mano sinistra, senza infiammazione o suppurazione consecutiva. Dopo qualche giorno tumefazione con colorazione bleu dei tegumenti; aumento progressivo, operazione dopo 10 giorni con asportazione di frammeni della matita; seguì fistola con sierosità colore bleu; non dolore; non disturbi generali. Osservata dall'A. presentava ferita torpida colorata in bleu sul dorso dell'indice in corrispondenza della 3ª falange. Praticò larga escissione dei tessuti della ferita, guarigione lenta; alla radiografia la 3ª falange si presentò decalcificata. Trattamento con raggi ultravioletti. Guarigione.

Si tratta di lesioni dovute a frammenti di volume vario, che danno colorazione bluastra, producendo una raccolta sierosa sottocutanea, con necrosi che invade la pelle, producendo fistola; in profondità infiltrandosi distrugge le aponevrosi e le ossa: la necrosi è asettica. Intorno alla zona necrotica leggerissima reazione leucocitaria.

Sperimentalmente fu provato che frammenti di matite di anilina riposti nel sottocutaneo producono necrosi, che non cessa con l'asportazione del corpo estraneo.

Inoculazioni di particelle di bleu di metilene uccisero topi dopo 1 giorno o dopo 8 giorni secondo la quantità.

Il violetto di genziana determina necrosi più estese del bleu, che è più invadente. Anche altre sostanze coloranti possono determinare necrosi. Torraca dimostrò l'azione nociva delle sostanze sul fegato.

Sintomatologia. Sensazione dolorosa, in corrispondenza delle giunture, reazioni infiammatorie pallide e per trasparenza colorazione bluastra della raccolta sottocutanea. Fistolizzazione sia spontanea che per operazione incompleta; ferita torpida; lesione localizzata; malessere generale; a volta ittero; recrudescenza della sierosità bluastra. Non pigmenti nelle urine. A volta temperatura 38°,5-39°; leggera leucocitosi con 37 % di linfociti. I fenomeni tossici si hanno specialmente col bleu di metilene.

Le lesioni abbandonate a sè hanno evoluzione grave, persino con necrosi ossea, con perdita delle dita (Jérusalem). Vi sono però anche delle forme leggere dovute ad infiltrazione dei colori di anilina negli strati superficiali per escoriazioni (tintori di cappelli, di piume) descritte da Glass. In questi casi la terapia è più facile, ridotta ad incisioni superficiali ed impacchi umidi. In tutti gli altri casi occorre *non limitarsi alla escissione dei corpi estranei*. È indispensabile l'asportazione larga di tutti i tessuti infiltrati di colore, e se sono interessate le ossa, bisogna praticare un largo raschiamento di esse, fino alla zona sana. Azione molto benefica hanno dimostrato i raggi ultravioletti per l'ulteriore trattamento.

JURA.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

IV. — Licenziamento per effetto dello scioglimento di un consorzio.

In via normale e di massima è necessario un formale atto di licenziamento del medico, non bastando il provvedimento di scioglimento del consorzio sanitario. Non è, invece, necessario l'atto formale di licenziamento quando questo sia previsto, come conseguenza dello scioglimento, dal relativo capitolato in cui è detto che qualora il sanitario non ottenga subito altro posto di condotta, egualmente retribuito ecc., o dal nuovo consorzio o da alcuno dei Comuni che formavano parte dell'antico, ha diritto ad una indennità ecc.

La prima massima fu già stabilita con decisione della V Sezione del Consiglio di Stato 11 giugno 1926 ric. Bimbi. È stata ora confermata con decisione 10 giugno 1927 n. 334, ma con questa attenuazione: che cioè, se il capitolato regola e quindi prevede la estinzione del rapporto d'impiego per effetto dello scioglimento del consorzio, si deve ritenere che l'atto dello scioglimento importi anche e senz'altro licenziamento del sanitario, e non occorra uno speciale atto formale. Posta questa eccezione, si può aggiungere che il diritto ad indennità, essendo stabilito dall'art. 29 del regolamento 19 luglio 1906 per tutti i casi di scioglimento del consorzio, il licenziamento si deve ritenere implicito e necessario tutte le volte che si verifichi lo stesso evento. È indifferente che il diritto all'indennità sia stabilito dal capitolato, con riferimento, s'intende, al regolamento generale, o si debba ritenere compreso in quello perchè stabilito da una norma imperativa. Sembra piuttosto che la risoluzione del Consiglio di Stato si possa fondare sull'effetto necessario dello scioglimento del consorzio, in quanto ne deriva inevitabilmente la fine del rapporto d'impiego. Ma da questo punto di vista, ferma rimanendo la tesi di massima, sarà da considerare di volta in volta la manifestazione concreta della volontà.

V. — Questioni circa la validità dei concorsi.

Per esplicita disposizione dell'art. 33 del regolamento 19 luglio 1906 n. 466, le Commissioni giudicatrici devono essere nominate di regola per ogni singolo concorso, prima della chiusura di esso, salvo il caso di concorsi aperti contemporaneamente o a breve intervallo di tempo, per posti vacanti della medesima provincia. Si deve perciò ritenere illegittima la nomina di una Commissione deliberata nel maggio 1922 per un concorso bandito poi nel luglio 1923. Applicando questo principio, la IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 17 giugno 1927 n. 367 ha annullato tutti gli atti di un concorso.

Sebbene non risulti esplicitamente dal verbale la indicazione dei titoli dei concorrenti, non si può da ciò desumere senz'altro che non tutti i titoli siano stati esaminati. Si deve invece indagare se, pur verificandosi la omissione suddetta, risulti da altri elementi formalmente e sostanzialmente scevri da ogni dubbiezza, che l'esame di tutti i titoli di ciascun concorrente fu fatto. Si ha questa prova quando nel verbale è detto che una seduta fu dedicata esclusivamente all'esame dei titoli e degli atti prodotti dai concorrenti e che la Commissione procedette diligentemente e separatamente all'esame dei titoli elencati in un foglio allegato ai verbali della Commissione. Questo criterio, applicato dalla V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 27 maggio 1927 n. 264, riafferma il principio già altre volte ammesso circa la necessità della completezza del verbale e della prova chè tutti i titoli furono esaminati. Nel caso deciso, era stato formato un elenco dei documenti allegato al verbale della Commissione. Quindi, risultando dal verbale stesso che tutti i titoli erano stati esaminati, si poteva da ciò dedurre che omissione non vi era stata.

Il giudizio delle Commissioni deve essere motivato. Applicando questo principio generalissimo, la giurisprudenza del Consiglio di Stato ha seguito sempre criteri rigorosi.

Con la decisione 17 giugno 1927 sopra indicata, è stato ritenuto sufficientemente motivato il giudizio della Commissione perchè dal verbale risultava che, fissate le categorie nelle quali i titoli dei concorrenti erano ripartiti, e *stabiliti criteri di valutazione per l'attribuzione dei punti*, attribuzione fatta separatamente e distintamente da ogni Commissario per singole categorie di titoli, la votazione era stata poi riassunta in cifra complessiva per ciascun candidato. In tal caso, la motivazione è sufficiente e la valutazione risulta da indici numerici basati su elementi positivi e su criteri formalmente dichiarati dalla Commissione.

Accade spesso di leggere verbali così sintetici e sommari che contengono semplici accenni di impressioni complessive, e forse anche arbitrarie. Non è inutile perciò segnalare ancora il rigore della giurisprudenza per indurre le Commissioni ad uniformarsi alle esigenze di un concorso che sia veramente una cosa seria.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

VITA SCIENTIFICA.

Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Dal 1921 esisteva un Consiglio nazionale delle ricerche; ma per la sua speciale costituzione, non aveva potuto dare i buoni frutti che se ne attendevano. Il Governo nazionale, rendendosi esatto conto dei grandi benefici che tale istituzione poteva rendere alla Nazione, pensò rapidamente di riordinarla e di definirne meglio la natura giuridica e pertanto ne ha fatto un organo permanente consultivo e d'informazione del Capo del Governo e del Ministro della Pubblica Istruzione, per tutto ciò che si riferisce allo sviluppo ed ai progressi dell'attività scientifica all'interno ed all'estero. Nello stesso tempo per gli accertamenti che ritenesse necessari di fare, ha dato al Consiglio la facoltà di accedere agli istituti, laboratori e stabilimenti nei quali si eseguono ricerche scientifiche.

La costituzione del Consiglio Nazionale delle ricerche è la seguente: un direttorio e dieci comitati nazionali, uno per ognuna delle principali branche della scienza.

Il Consiglio è presieduto da Guglielmo Marconi. Del Direttorio fanno parte S. E. il Ministro plenipotenziario Giannini, l'on. G. A. Blanc, il prof. Parravana, il generale Vacchelli, S. E. Bonaldo Stringher, amministratore, il prof. Magrini, segretario generale. A capo di ogni Comitato trovasi una giunta esecutiva costituita da un Presidente, da un segretario e da tre membri. Ogni Comitato nazionale è formato con un numero variabile di membri secondo lo sviluppo preso dalla branca scientifica alla quale deve presiedere. Inoltre il Direttorio nazionale può proporre volta a volta a S. E. il Capo del Governo la nomina di speciali commissioni nazionali per lo studio di problemi definiti che abbiano importanza pratica per la vita nazionale; la costituzione di alcune di queste Commissioni è stata già stabilita; e due di esse: quella per l'alimentazione e quella per i fertilizzanti nazionali, inizieranno prestissimo i loro lavori.

Il Capo del Governo, il primo dell'anno, ha indirizzato all'on. Guglielmo Marconi, presidente del Consiglio Nazionale delle Ricerche, il seguente messaggio col quale vengono fissate alcune delle direttive fondamentali che dovranno regolare l'attività del Consiglio stesso:

« *Signor Presidente,*

La necessità di un coordinamento e di una disciplina nelle ricerche scientifiche, ora così intimamente legate al progresso tecnico ed economico del paese, mi spinse a costituire un organo bene attrezzato a questo altissimo compito Nazionale.

La geniale invenzione nasce quasi sempre nel cervello dell'uomo isolato; ma solo l'opera tenace di pazienti ricercatori, con mezzi larghi ed adatti, può efficacemente svilupparla ed utilizzarla. Un paese come il nostro, povero di materie prime, denso di popolazione, ha assoluto bisogno di una rigida organizzazione per poter risolvere rapidamente ardui problemi, per evitare sperperi d'energia di denaro e di tempo.

Al Consiglio Nazionale delle Ricerche ho affidato questo compito pieno di responsabilità. Esso può contare, nell'aspra sua opera, su tutto il mio appoggio. Ed a tale uopo intendo fissare alcune direttive fondamentali, che dovranno ispirare l'azione sua e di tutti gli Enti che devono con esso collaborare:

1) Occorre sistemare in Italia laboratori di ricerca bene attrezzati e musei viventi, dove i progressi della scienza, della tecnica e della industria siano resi evidenti. Un paese non spende invano in queste opere di progresso.

2) Il Consiglio delle Ricerche dovrà curare che le rappresentanze italiane all'estero, nelle riunioni ora così frequenti di tecnici e di scienziati, rappresentino degnamente il nostro paese, e sieno spettacolo di disciplina e di dignità. Intendo che queste mie direttive siano rispettate nel modo più rigido. Nessuna delegazione ufficiale dell'Italia dovrà recarsi all'estero a rappresentarvi il nostro paese nel campo della scienza e della tecnica se non nominata da me, su proposta del Consiglio delle Ricerche. Prego i miei colleghi del Governo di voler facilitare in tutti i modi al Direttorio del Consiglio questo non facile compito.

3) Anche per i Congressi scientifici e tecnici che si tengono in Italia, sia nazionali che internazionali, occorre una disciplina. Le riunioni saranno autorizzate da me, su proposta del Direttorio.

Nessun delegato italiano ha facoltà di proporre riunioni di Congressi internazionali scientifici in Italia senza mia esplicita autorizzazione.

4) Ho affidato al Consiglio Nazionale delle Ricerche il còmpito non facile di provvedere alla Bibliografia scientifico-tecnica italiana.

L'utilità di quest'opera è evidente; essa facilita il nostro progresso scientifico e tecnico fondamentale per la nostra economia ed è necessaria per valorizzare e documentare l'aspra fatica dei nostri studiosi anche di fronte agli altri paesi.

Occorre che tutti collaborino con entusiasmo a questo lavoro di interesse nazionale; alle richieste del Consiglio nazionale deve essere risposto con disciplina.

Intendo che tutti gli Enti di Stato e gli Enti pubblici in genere diano il loro appoggio a questa opera veramente fascista.

5) Molte volte agli organi tecnici del Governo occorrono informazioni e notizie sui progressi tecnici e scientifici realizzati in determinate discipline. Il Consiglio delle Ricerche deve provvedere affinchè queste informazioni sieno date con rapidità e precisione agli Enti interessati.

In questo modo intendo che venga gradata-

mente unificato un servizio che ora suddiviso fra i vari Ministeri rappresenta una notevole spesa e un consumo di energie che possono essere nel loro insieme notevolmente ridotti.

Signor Presidente, ho sicura fede che il Consiglio Nazionale delle Ricerche adempirà pienamente il còmpito affidatogli, ed in tale fiducia rivolgo a Lei ed al Direttorio del Consiglio il mio saluto augurale.

Il 1° gennaio del 1928, VI.

MUSSOLINI ».

Questo messaggio segnerà un epoca nella rinascita della nostra vita scientifica.

Nel suo alto messaggio il Capo del Governo, accennando ai còmpiti che il Consiglio Nazionale delle Ricerche deve svolgere, parla della istituzione di laboratori di ricerche bene attrezzati. Il Duce fissa così genialmente uno dei punti fondamentali dell'attività del nuovo Ente ed indica con precisione una nostra deficienza che deve essere rimossa. Unica nazione a grande sviluppo culturale l'Italia non ha ancora nessuna istituzione per l'indagine scientifica pura, e tutto il progresso tecnico è affidato ai laboratori universitari, i quali per la loro stessa funzione di organismi prevalentemente didattici non possono attendere, con l'intensità che sarebbe necessario, allo sviluppo della scienza. Occorre pertanto attrezzare qualche grande istituto in maniera che esso possa soddisfare completamente, sia per libri e riviste, sia per apparecchi e strumenti, a tutte le esigenze degli studiosi e mettere così il Paese in condizioni di poter contribuire, alla pari con le altre Nazioni, al progresso tecnico mondiale, e pertanto l'ordine del Duce sarà rapidamente eseguito. L'importanza delle altre funzioni a cui è chiamato a presiedere il Consiglio Nazionale delle ricerche è evidentissima, ma una di esse preme di mettere in luce; ed è quella della compilazione della bibliografia scientifica e tecnica e della sua diffusione all'estero in ogni centro di studî affinchè l'opera paziente e spesso geniale degli studiosi italiani non debba essere ignorata da nessuno.

Cronaca del movimento professionale.

Per infrenare l'esercizio abusivo delle professioni sanitarie.

È stata distribuita al Senato la relazione del sen. prof Pestalozza sul progetto per la repressione dell'esercizio abusivo delle arti sanitarie. In essa si afferma la necessità di un intervento severo da parte dello Stato; poi si osserva: « La legge è necessaria e urgente, se pure non possa pretendere di estirpare l'esercizio abusivo, ma solo di frenarlo, tanto esso è favorito dall'ignoranza del pubblico, che spesso, in tema di medicina, è proclive alla più ingenua fiducia nel ciarlatano e nell'empirico, e si irrita contro chi voglia premunirlo dall'inganno. Per estirpare l'esercizio abusivo bisognerebbe contare su di una adeguata diffusione delle conoscenze mediche, il che è d'altronde impossibile a ottenersi. Se l'adozione di severe misure restrittive dell'esercizio abusivo trova già delle ostilità nel pubblico che si vuole difendere, essa non può a meno di suscitarne da parte di molteplici interessi, alcuni anche rispettabili, che se ne trovano lesi.

Alludiamo a classi di modesti professionisti che, per la tolleranza di una legislazione inadeguata, trovarono modo di estendere indebitamente il loro campo d'azione ».

Come conclusione il Relatore consiglia aggiunte e modificazioni alle misure governative, affinchè queste meglio rispondano al loro scopo.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AVELLINO. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Grottaminarda; L. 3500 (*sic*); scad. 15 feb.

BUSTO ARSIZIO. — Uff. san., capo dell'Ufficio d'Igiene. Scad. 30 gen. V. fasc. 1.

CAGLI (*Pesaro-Urbino*). — Chirurgo primario e due posti medico-chirurgo condotto. Prorogato al 31 gennaio.

CATANZARO. — Direttore della Sez. Medico-Micrografica del Laborat. provinciale di Igiene e Profilassi; scad. 15 feb. Vedi fasc. 1.

CICERALE CILENTO (*Salerno*). — Proroga 31 gen. V. fasc. 51 del 1927.

CIVITANOVA DEL SANNIO (*Campobasso*). — Scad. 26 gen.; L. 6000 (*sic*) e 3 quadrienni.

FABRIANO (*Ancona*). — A tutto 25 gen.; per Collamato; L. 9000 e 5 quadr. decimo, oltre 2 c.-v. e L. 3000 cav., abitaz. gratuita; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 m. dal 22 dic.; chied. ann.

GENOVA. *Spedali Civili*. — Vice primario medico; titoli ed esami; L. 5000 (*sic*); nom. e conferme triennali; lim. del servizio 45 a.; laurea da 4 anni; tassa L. 50; doc. a 2 mesi dal 28 dic.; scad. 31 gen. ore 15; rivolgersi segreteria (Spedale S. Martino); chiedere annunzio.

GROSSETO. — Uff. san. del Comune; scad. 29 feb. Vedi fasc. 1.

LEPRIGNANO (*Roma*). — Al 20 gen.; L. 10,500 e complementi; tassa L. 50.10.

MAGLIOLO (*Savona*). — Scad. ore 18 del 24 gen.; consorzio; L. 8400 e 10 bienni ventes., oltre lire 1000 indenn. consorziale, L. 600 trasp., L. 500 uff. san., L. 840 c.-v.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 26 dic.

MILANO. *Istituti Ospitalieri*. — Vice dirigente dell'Ambulat. Comun. Otorinolaringoiatrico; scad. 31 gen. Vedi fasc. 1.

MILANO. *Opera pia Sanatori Popolari per Tubercolosi*. — Vice Direttore del Sanatorio Umberto I in Prasomaso (Trevisio-Valtellina); titoli ed esami; L. 11,200 e cinque bienni decimo; indennità carica L. 3400; vitto ed alloggio *ad personam* nell'istituto. Scad. 31 genn.

MOGLIANO (*Macerata*). — Al 31 gen., ore 18; 2ª cond.; L. 8000 e 3 quadrienni dec., oltre lire 800 uff. san., c.-v., L. 2500 trasp.; tassa L. 50,15.

MOLINI DI TRIORA (*Imperia*). — Scad. 15 feb.; L. 9000 più L. 1000 uff. san. e servizio ostetrico; tassa L. 50,10.

MONDOLFO (*Pesaro U.*). — Scad. 28 gen.; per Marotta; L. 8000 e 5 quadrienni dec. oltre L. 1000 indenn. consorz., L. 3000 cav.; età lim. 21-40 a.; tassa L. 50,15.

NAPOLI. *Ufficio Sanitario Provinciale*. — Ufficiale sanit. del consorzio Mugnano-Fivizzano; lire 9500 oltre L. 1500 indenn. trasferta. Scad. 31 gen.

NUCHIS (*Sassari*). — Scad. 28 gen.; L. 10,500 oltre L. 1000 uff. san., L. 2500 cav.; tassa L. 50.

POLLINA (*Palermo*). — Proroga a tutto 16 feb.; titoli ed esami; L. 10,000 sino a 1000 pov.; addizionale L. 3; 5 quinquenni decimo. Tassa L. 50; età lim. 40 a.; chiedere ann.

RIPOSTO (*Catania*). — Al 20 gen. Vedi fasc. 1.

ROVELLASCA (*Como*). — Scad. 20 gen.; L. 8700 e 4 sess. oltre L. 900 uff. san. Doc. a 2 mesi dal 20 dic.

SPEZIA. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele III*. — A tutto 31 gen., medico primario. Chiedere copia avviso all'Ufficio di Segreteria.

SUBIACO (*Roma*). — Due condotte di città; lire 8500; indenn. mezzi trasporti; aumenti quadriennali; scadenza 20 gennaio. Per schiarimenti rivolgersi locale Segreteria comunale.

TERRANOVA PAUSANIA (*Sassari*). — Scad. 31 gen.; L. 9500 oltre L. 2500 cav.

TOFFIA (*Rieti*). — A tutto 10 feb.; L. 10,200 oltre L. 500 uff. san.; 5 quadr. decimo; tassa L. 50,15; per trasp. L. 2000; addiz. L. 4 sopra i 1000 pov.

TORGIANO (*Perugia*). — Alle ore 18 del 20 gen.; età lim. 21-35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 m. dal 20 dic.; L. 7000 oltre scatti sessennali e L. 600 serv. att., c.-v., L. 500-4000 trasp., L. 600 uff. san.; serv. entro 15 gg.

VERONA. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. medico-micrograf. del Laborat. provinc. d'igiene e profilassi; L. 16,000 e 2 quadrienni di L. 800 e 1000; serv. att. L. 4200; 20 % proventi analisi; scad. 30 gen.; età lim. 45 a., salvo eccezioni; tassa L. 50; chied. annunzio; serv. entro 20 gg.

VITTORIO VENETO (*Treviso*). *Ospedale Civile*. — Medico primario; per titoli; età massima 40 a. Scad. 30 gen. Per schiarimenti rivolgersi all'Amministrazione dell'Ospedale.

Nota. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche.

POSTI DI PERFEZIONAMENTO.

MILANO. *R. Università*. — Concorso a posto di perfezionamento in Chimica Biologica e Terapia Sperimentale della « Fondazione Giovanni Rizzi », fra laureati in Medicina e Chirurgia di nazionalità italiana che non abbiano oltrepassato i 30 anni di età. I concorrenti debbono avere trascorso due anni come assistenti effettivi o volontari o come allievi interni nell'Istituto di Biochimica Giovanni Rizzi della R. Università di Milano. A parità di titoli scientifci saranno preferiti coloro che abbiano anche la laurea in Chimica. Il concorso si chiude il 30 giugno 1930.

Il vincitore del concorso dovrà recarsi all'estero per studi di perfezionamento negli studi in Chimica Biologica e Terapia Sperimentale per un periodo di 5 mesi effettivi.

Il vincitore godrà di un premio di L. 6000 che sarà pagato per metà anticipatamente. Il pagamento dell'altra metà verrà effettuato a metà del periodo presabilito per il perfezionamento, dietro presentazione della dichiarazione legalizzata dal Direttore dell'Istituto ove il perfezionando si è recato a lavorare, che ne attesti la frequenza e il profitto.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Alla cattedra di patologia chirurgica presso la R. Università di Modena è stato chiamato da Sassari il prof. P. Marogna.

A successore del prof. Marogna è stato nominato il prof. L. Torraca.

Alla cattedra di anatomia patologica presso la R. Università di Siena è stato chiamato da Cagliari il prof. B. Lunghetti, che fu allievo del compianto prof. Barbacci.

Il prof. Guido Vernoni, di patologia generale, è stato trasferito da Cagliari a Catania.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Trieste.

L'attività delle Associazioni Scientifiche di Trieste.

Dopo il consueto riposo durante le ferie estive la vita scientifica nelle due maggiori associazioni professionali triestine ha ripreso il suo antico ritmo.

La « Associazione medica triestina », che raccoglie nel suo seno la stragrande maggioranza dei professionisti residenti a Trieste, ha iniziato nell'ottobre u. s. il suo 52° anno di vita.

Nella prima seduta tenutasi il 28 ottobre il Presidente dott. GUSINA, Direttore dell'Ospitale Civico « Regina Elena », ha commemorato con elevate parole i colleghi scomparsi negli ultimi tempi. Nel corso di pochi mesi ben quattro vite operose si sono spente: il dott. Emilio Orlandini, apprezzato laringologo, caro e gentile collega, il dott. Federico Rode, distinto otorinolaringoiatra pur esso, il dott. Augusto Poliak, medico comunale generalmente beneviso, non sono più. Improvvisa e terribile ha colto tutti i Triestini la notizia della morte, sulla breccia di un'ammirabile operosità, del collega cav. dott. Guglielmo de Pastrovich, Direttore dell'Ospitale psichiatrico provinciale, deceduto all'età di 51 anni. L'ora-

tore esalta la nobile figura dell'Estinto, il suo alto valore scientifico, il suo patriottismo, il suo cuore generoso. Ricorda che i colleghi di Trieste lo posero già nel 1909 nel Direttorio della Camera Medica, della quale, dopo la Redenzione, egli fu il primo Presidente; mette in rilievo le doti di brillante conferenziere dell'Estinto ed il contributo scientifico da lui portato all'Associazione; enumera le conferenze tenute dal compianto collega in seno all'Associazione. L'O. chiude la commemorazione ricordando l'attività del dott. Pastrovich quale Presidente del Comitato organizzatore del Congresso psichiatrico tenutosi l'anno scorso a Trieste, e rilevando l'importanza della sua relazione « Sulla malario-terapia della paralisi progressiva », relazione corredata dalla più ricca statistica esistente in merito in Italia. Alla fine del suo discorso il dott. GUSINA invita tutti i colleghi ad alzarsi un istante per onorare i quattro soci defunti.

Quindi il dott. LANG ricorda che la prima seduta dell'annata sociale s'inaugura nel glorioso anniversario della Marcia su Roma, traendone felice auspicio per l'attività dell'Associazione.

Il prof. FREUND, dopo aver tributato un plauso al dott. Lang, segretario del Sindacato medico fascista, per la sua lotta coraggiosa ed efficace contro il ciarlatanismo, presenta un caso di alopecia totale in una ragazza di 18 anni, non ancora mestruata, con rilevante ipoplasia dell'utero. Fa osservare che una cura a base di preparati organici non portò alcun giovamento.

Il dott. GRANDI presenta un giovane affetto da gravissima osteomielite del mandibolare, di natura idiopatica poichè il paziente non ebbe mai nè malattie infettive comuni, nè lue, nè malaria e l'esame batteriologico del pus non potè mettere in evidenza nè bacilli tubercolari nè actinomiceti. Viene trattato con metodo conservativo. Ne residuerà probabilmente grave difetto dell'osso, che in secondo tempo dovrà essere sostituito con una plastica, e con apparecchio protesico.

Il prof. CANESTRINI presenta un uomo affetto da angiospasmi intermittenti agli arti superiori.

Indi il dott. WINTERNITZ tiene la preannunziata conferenza sul tema: « Studi sul ricambio idrico in rapporto con la struttura colloidale dei liquidi organici ». Il punto di partenza delle ricerche eseguite dall'O. è stata l'affermazione di Pollitzer e Stolz, che nelle malattie del fegato si avrebbe un accumulo di acqua nell'organismo in dipendenza di uno stato irritativo di chiusura dell'apparecchio valvolare venoso, postulato da Molitor e Pick, Lamson e Roca in base a risultanze sperimentali e dimostrato istologicamente da Arey e Simmonds.

Questo accumulo d'acqua negli individui colpiti da un'affezione epatica sarebbe dimostrabile mediante un'iniezione di Novasurol, la quale provocando l'eliminazione dell'acqua trattenuta mediante l'apertura forzata dell'apparecchio di Pick, determinerebbe una cospicua diminuzione del peso corporeo. L'O. controllando queste affermazioni non ha ottenuto che solamente nel 25 % degli ammalati di fegato una diminuzione del peso corporeo superiore a quanto si verifica anche in soggetti normali, per cui, contrariamente alla tesi sostenuta da Pollitzer e Stolz, la prova del Novasurol come indagine funzionale dell'azione idroregolatrice del fegato gli appare destituita di fondamento.

Passando a studiare il meccanismo diuretico del Novasurol, l'O. si è proposto l'ipotesi che il Novasurol mobilizzi le masse idriche dell'organismo alterando l'idrofilia dei liquidi organici; per convalidare questa ipotesi ha studiato l'influsso del Novasurol sul fenomeno della sedimentazione dei globuli rossi. Risultò da questi studi che il Novasurol aggiunto in determinate proporzioni a prove di sangue posto a sedimentazione ne arresta sempre la sedimentazione.

Questa attività si esplica anche su prove di sangue con sedimentazione molto veloce, come ad esempio il sangue dei tubercolosi. Siccome il sangue così trattato non coagula, nè presenta l'impilamento dei globuli rossi, fenomeni dipendenti ambedue dalle peculiari proprietà del fibrinogeno, l'O. ha creduto di poter concludere che il Novasurol arresta la sedimentazione alterando in qualche guisa questa sostanza.

Dalle ricerche istologiche del Lubarsch e da quelle biochimiche del Kollert, dello Starlinger e del Rusznyak si sa che al fibrinogeno spetta pure una grande importanza nella genesi dell'edema.

Data l'azione del Novasurol sul fibrinogeno, è lecito ammettere che questo farmaco provochi la sua azione diuretica, pure agendo su questa sostanza.

Tutte le malattie che si accompagnano a ritenzione idrica e nelle quali il Novasurol porta all'eliminazione dell'acqua trattenuta presentano anche un forte aumento del fibrinogeno ed un'aumentata velocità di sedimentazione dei globuli rossi.

L'O. ha anche studiato il comportamento della velocità di sedimentazione del sangue dopo iniezioni di Novasurol, ed ha potuto constatare che le prove di sangue prelevate circa 70 minuti dopo l'iniezione presentavano nella prima ora di sedimentazione un rallentamento di circa 20-25 mm. rispetto alle prove di controllo.

*
* *

Come la Associazione Medica Triestina, così la Sezione di Trieste della « Lega Italiana contro il Cancro » ha ripreso, dopo i mesi estivi, la sua attività.

Per quanto di recentissima fondazione, pure la Sezione conta già numerosi soci, e ferve un'attiva propaganda per attirare nell'orbita della Lega contro il Cancro tutti i sanitari della Provincia. L'operosità del suo presidente, primario dott. G. Mann, e del segretario, dott. G. Macchioro, trova fattiva collaborazione nell'interessamento che tutti i primari e i direttori degli Istituti ospitalieri apportano a questa Istituzione.

Nella terza adunanza scientifica tenutasi il 4 novembre 1927 il Presidente, dopo essersi compiaciuto che la Sezione di Trieste sia stata citata all'ordine del giorno nell'ultimo Convegno Nazionale contro il Cancro, a Milano, dà la parola al dott. PERAZ, che illustra un interessante caso di carcinoma gelatinoso del colon trasverso in una giovinetta di 14 anni, diagnosticato tempestivamente e sottoposto ad intervento operatorio.

Il dott. MANN e il dott. FERRARI presentano il preparato di un caso nel quale era stato possibile fare la diagnosi di tumore della sella turcica del cranio, ed espongono i sintomi presentati durante il lungo decorso della malattia nonchè il reperto caratteristico del preparato, in cui si trattava di un sarcoma endoteliale.

Il prof. RAVASINI fà un'ampia trattazione intorno all'importanza della diagnosi precoce dei tumori renali, presentando una serie dimostrativa di pielografie.

Infine il dott. G. MACCHIORO fa una particolareggiata relazione sul I Convegno Nazionale indetto dalla Lega Italiana contro il Cancro a Milano e svoltosi nei giorni 16 e 17 ottobre 1927.

C. T.

Da Milano.

Conferenza del prof. De Sanctis.

L'illustre prof. Sante de Sanctis, ordinario di Psicologia sperimentale nella R. Università di Roma, ha tenuto il giorno 4 dic. 1927 nell'Aula Magna dell'Università Cattolica davanti a folto pubblico una conferenza sul tema: « I fanciulli differenziati e la neuropsichiatria infantile ». L'illustre conferenziere prende le mosse ribellandosi per principio a quella ch'è l'influenza e l'ingerenza delle cosiddette « fatalità » nel campo delle scienze mediche, e della neuropsichiatria in ispecie, contro la tendenza, in altre parole, oggi molto manifesta a dare molta importanza al fattore costituzione come pure alle dottrine della degenerazione ereditaria, ecc. Egli presenta uno schema proprio secondo il quale i fanciulli psichicamente anormali vengono distinti in tre gruppi, in un primo ed in un secondo che comprende le forme gravi di psicosi e di neurosi, vere malattie, ed in un terzo gruppo nel quale egli comprende i cosiddetti psicopatici, altrimenti detti differenziati psichici, leggi persone che semplicemente deviano dalla media. Questo terzo gruppo del quale il De Sanctis dichiara di occuparsi unicamente nella presente conferenza è molto numeroso.

Quanto egli sostiene a spada tratta è che tali fanciulli semplicemente anormali non sono dei condannati per la loro stessa natura o costituzione ad un fatale peggioramento, fatale maturamento di ipotetici germi di anomalia psichica che ineluttabilmente li condurrebbe coll'età a forme gravi di vere psicosi e neurosi. Tutt'altro. È dimostrato che tali fanciulli se convenientemente trattati possono migliorare non solo, ma anche di per sè cogli anni, tendono quasi sempre alla guarigione o per lo meno non al peggioramento. In altre parole se pure si deve attribuire una certa importanza al fattore costituzione e « habitus », altrettanta e ancor maggiore importanza ha in tali casi il fattore ambiente. È dimostrato quanta e quale influenza sull'evoluzione e sul carattere del fanciullo abbiano i fattori famiglia, parenti, scuola, punizioni, compagnie, rivalità, ecc. Perchè la schizoedia — semplice deviazione della norma — possa divenire schizofrenia vera e grave forma di anomalia psichica è necessario il sopravvenire di un fattore grave e qualificato, sia esso malattia, sia trauma o contagio psichico. Moltissimo quindi può fare lo psichiatra e, più direttamente, l'educatore, nello istradare, aiutare e dirigere tutti questi psicopatici « differenziati psichici » a ottenere quello stato di equilibrio psichico che un'opera intelligente e soprattutto ottimista non può mancare di far loro raggiungere.

RUGGERO ASCOLI.

NOTIZIE DIVERSE.

VI Conferenza internazionale sulla tubercolosi.

La Presidenza della Federazione, preoccupandosi della buona riuscita della VI Conferenza dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi che si terrà a Roma, ha nominato un Comitato per la organizzazione della Conferenza stessa.

Di detto Comitato sono stati chiamati a far parte, oltre i membri del Consiglio di Presidenza della Federazione, tutti i principali esponenti del movimento antitubercolare della Capitale, ed i delegati delle nostre più importanti organizzazioni che hanno per scopo la lotta contro la tubercolosi.

Nella prossima riunione del Comitato organizzatore verrà discusso lo schema del programma della Conferenza di Roma, che riuscirà certamente una solenne affermazione dell'Italia anche nel campo della lotta antitubercolare.

Crediamo utile intanto di dare in proposito alcune preliminari notizie.

La Conferenza avrà luogo in Roma nei giorni 25, 26, 27 del settembre 1928.

Oltre le tre relazioni ufficiali, sulle quali soltanto sarà permesso prendere la parola durante il Congresso, vi saranno alcune conferenze il cui soggetto non è stato ancora stabilito, e sarà tenuta, pure in sede di conferenza, una solenne commemorazione di Carlo Forlanini, cadendo nel 1928 il decimo anniversario della morte dell'illustre Maestro.

Tutti i membri Consiglieri ed i membri titolari dell'Unione sono di diritto invitati a partecipare alla Conferenza.

Oltre questi potranno prender parte alla Conferenza stessa soltanto le personalità presentate dalle varie Associazioni Nazionali aderenti alla Unione Internazionale.

Questa categoria di membri designati della Conferenza dovrà pagare una speciale quotizzazione.

Le iscrizioni dei membri consiglieri e dei membri titolari potranno essere inviate direttamente al Segretariato dell'Unione Internazionale (Avenue Velasquez, n. 2, Paris) o potranno anche venire comunicate al Segretariato stesso per il tramite dell'Associazione Nazionale aderente all'Unione, che nel caso dell'Italia è la Federazione.

Nessuna iscrizione invece alla terza categoria (membri designati della Conferenza) potrà essere inviata direttamente al Segretariato dell'Unione Internazionale, quindi le persone che desiderano partecipare a tal titolo alla Conferenza di Roma dovranno indirizzare la loro domanda all'Associazione Nazionale del proprio Paese, e, nel caso nostro, alla Federazione Nazionale Italiana Fascista per la lotta contro la tubercolosi, Via Toscana, n. 12, Roma.

Tutti i membri dell'Unione, compresi i membri designati che desiderano partecipare alla discussione sui tre soggetti di relazione, dovranno poi mettersi in nota presso il Segretariato dell'Unione Internazionale, specificando su quale o quali dei tre argomenti intendono prendere la parola.

Non è ammessa alcuna comunicazione che abbia per oggetto argomenti diversi da quelli fissati nel programma della Conferenza.

Le lingue usate ufficialmente alla Conferenza saranno la italiana, la francese e l'inglese, e così pure il testo degli atti ufficiali della Conferenza verrà pubblicato nelle suddette tre lingue.

V Congresso internazionale di Talassoterapia.

Si terrà a Bucarest e Costanza di Romania dal 22 al 30 maggio, sotto l'alto patronato di S. M. la regina Maria e sotto la presidenza del prof. Theohari, clinico medico di Bucarest. Tema all'ordine del giorno è « Il morbo di Pott al mare ». Le quote sono di 50 franchi francesi per i titolari, di 20 per gli aderenti, da versare al Dr. Bith, rue Hamelin 29, Paris XVIe. I titoli delle comunicazioni e le relazioni sono da inoltrare al Comitato, rue Izvor 14, Bucuresci, non oltre il 1° febbraio. Il programma comprende numerose gite e feste. Al Congresso sarà unita un'Esposizione nazionale balneo-climatica e turistica.

Alla Facoltà Medica di Milano.

Con recente Decreto si è modificato lo Statuto della Università di Milano. Nella Facoltà di Medicina e chirurgia il corso di patologia generale è reso biennale e si aggiungono la semiotica delle malattie nervose e la diagnosi oftalmica.

Corso di Patologia coloniale.

Il Senato Accademico della R. Università di Roma confermò, su proposta della Facoltà di Medicina-Chirurgia, al prof. Basile Carlo l'incarico (a titolo gratuito) di Patologia coloniale, presso la Clinica Medica di Roma.

Il corso ebbe inizio il 9 gennaio 1928 ed, in seguito a domanda presso la Segreteria, potranno inscriversi gratuitamente laureati e laureandi in Medicina-Chirurgia ed in Zooiatria che seguono contemporaneamente il corso di perfezionamento in Igiene.

Il prof. Loeper

ha preso possesso della cattedra di terapia presso l'Università di Parigi, con una lezione inaugurale smagliante, tenuta nel grande Anfiteatro: vi assisteva una folla strabocchevole, tra cui il rettore, il decano della Facoltà, tutti i professori titolari e aggregati, innumerevoli amici e ammiratori e molte signore.

Per Carlo Nicolle.

Prossimamente verrà festeggiato il 25° anniversario della direzione tenuta da Charles Nicolle dell'Istituto Pasteur di Tunisi. All'uopo si è costituito un Comitato sotto l'alto patronato di S. E. il bey di Tunisi e del residente generale della Repubblica francese in Tunisia Lucien Saint. Durante una cerimonia ufficiale il Comitato offrirà all'insigne Maestro una medaglia d'oro con la sua effigie. I sottoscrittori riceveranno delle copie in bronzo, argento o vermeil della medaglia, a seconda che sottoscrivano per 100, 200 o 250 franchi francesi. I versamenti possono effettuarsi presso il Dr. R. Berkers, rue Archimède 36, Bruxelles.

Per il prof. Baglioni.

Nell'aula di Fisiologia della R. Università di Roma, alla presenza del Rettore e degli insegnanti, fu solennemente consegnata, a cura dei suoi discepoli antichi ed attuali, una medaglia d'oro al prof. Silvestro Baglioni, in occasione del 25° anniversario della sua laurea.

Il prof. Baglioni in uno splendido discorso, dopo ringraziati gl'intervenuti, parlò dei doveri che la scienza impone a coloro che si sono dedicati al suo servizio, il quale dev'essere considerato dallo scienziato come un vero sacerdozio.

Il prof. Gley a Bruxelles.

Il celebre fisiologo, i cui lavori hanno illustrato la scienza francese, presidente dell'« Académie de Médecine » di Parigi, ha tenuto una conferenza a Bruxelles; ha parlato del poeta Anatole Le Braz.

Ambulatorio antitracomatoso a Brindisi.

La Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, come ha fatto nelle altre provincie, allo scopo di evitare il diffondersi del tracoma, ha, in pieno accordo con le autorità locali, impiantato un Ambulatorio antitracomatoso, per la cura gratuita di tutti i lavoratori affetti dal male.

L'ambulatorio è affidato alla direzione del dott. Andriani nei locali della Poliambulanza (al corso Garibaldi).

Oblazioni benefiche.

Al Maresciallo d'Italia Gaetano Giardino è pervenuta dal gr. uff. John J. Freschi da New York la somma di L. 9,208, raccolta a favore dei bimbi tubercolotici di Fiume.

Il Maresciallo ha vivamente ringraziato il gr. uff. Freschi ed i generosi benefattori, che il costante fattivo interessamento per i piccoli fiumani, già manifestato con precedenti cospicue oblazioni, hanno riconfermato con la presente offerta.

Dati demografici sulla Germania.

I primi risultati analitici del censimento compiuto il 16 giugno 1925 dimostrano alcune caratteristiche imputabili alla guerra. Il numero delle donne è aumentato molto più rapidamente che quello degli uomini perchè esse non sono state colpite direttamente dalla guerra. Tuttavia i 2 milioni circa di morti prodotti dalla guerra, sono ora molto più che compensati; v'è infatti un eccesso di 1,700,000 uomini dell'età di 15 a 65 anni, rispetto al numero che si aveva al momento in cui scoppiò la guerra. Fra 30 e 40 anni il numero dei maschi è molto minore che il numero delle donne, a causa delle morti di guerra. Alcune delle classi più giovani sono poco numerose: sono quelle nate durante la guerra e poco dopo, in cui la natività fu scarsa e la mortalità infantile alta. Oggi le nascite sono 1,300,000 l'anno, contro 1,700,000 dell'immediato pre-guerra: tuttavia la popolazione è in continuo aumento, grazie alla riduzione della mortalità.

Colonia ortopedica della California.

La Colonia ortopedica di Los Angeles ha avuto origini modeste: alcuni anni or sono un gruppo di signore fondò una « Gilda per i bambini deformi » che dava sovvenzioni in denaro; nel 1917 i fondi raccolti permisero l'acquisto di una casa campestre per raccogliere e per educare i piccoli pazienti; poi alcuni filantropi dettero il loro concorso e la Colonia si è molto ingrandita; nel 1922 vi fu aperta una sala operatoria; poi vi si è costruito un ospedale di 72 letti, attraverso il quale sono già passati più di 3000 bambini; si sono costruite anche una casa per infermiere, un edifizio per l'amministrazione ecc. L'ufficio scolastico di Los Angeles ha ora assegnato alla Colonia 9 insegnanti. Ai servizi d'ambulatorio sono stati addetti 9 medici specializzati. Questo incremento è dovuto in specie al direttore, dott. Charles L. Lowman.

Un ambulatorio per la limitazione delle nascite a Baltimora.

Il prof. John Whitridge Williams, direttore della Clinica Ostetrica dell'Università Johns Hopkins, ha organizzato un ambulatorio per la limitazione delle nascite, in vicinanza dell'Ospedale Johns Hopkins, sulla Broadway; vi presteranno il loro concorso eminenti sanitari. Differirà da altri ambulatori congeneri, in quanto si asterrà dal fare propaganda per la limitazione delle nascite, e accetterà solo persone inviate nell'ambulatorio da medici. Vi presteranno la loro opera soltanto medici. La direzione ne sarà affidata alla dott. Bessie L. Moses. Tra i consulenti vi sono, oltre al prof. Williams, anche i proff. W. H. Howell, direttore della Scuola d'Igiene e Sanità pubblica; A. Meyer, direttore della Clinica Psichiatrica; R. Pearl, direttore dell'Istituto di ricerche biologiche.

Roentgenologi francesi decorati.

Il ministro francese del lavoro e dell'igiene pubblica, André Faillières, ha conferito la croce della Legion d'Onore ai seguenti roentgenologi: Henri Bourdon, preparatore del Laboratorio centrale di radiografia nell'Ospedale Saint-Louis a Parigi, il quale, affetto da radiodermite, ha dovuto subire varie operazioni mutilanti; dott. Caillods, capo del servizio radiografico dell'Ospedale St. Jacques a Besançon e medico dei dispensari antitubercolari dell'Office national d'Hygiène sociale, che ha avuto amputate due dita; dott. Degony, capo del servizio radiografico all'Hôtel-Dieu di Amiens, che ha avuto amputato un dito e ha perduto l'uso di una mano; dott. Lacaille, uno dei più anziani roentgenologi di Parigi, affetto da anemia perniciosa dovuta ai raggi X; dott. Paschetta, direttore dei Servizi radiologici di Nizza, che ha sofferto di gravi scottature da raggi X alla mano destra e agli arti inferiori.

Un'auto-esperienza fatale.

È stato trovato morto nel suo studio l'anestetica anziano della Royal Infirmary di Manchester, S. Wilson. Egli teneva applicata sul volto una maschera da narcosi con cui sperimentava su se stesso. Da lungo tempo aveva intrapreso una serie di auto-esperienze, dirette a trovare una mescolanza di ossido nitroso, ossigeno e aria, che desse l'anestesia senza togliere la coscienza. Più volte era stata richiamata la sua attenzione sul pericolo che queste esperienze presentavano; ma egli rispondeva che la tecnica dell'anestesia è ormai talmente perfezionata, da eliminare ogni pericolo. L'inchiesta giudiziaria ha dimostrato che la bombola di ossigeno, da lui impiegata nell'ultima esperienza, era casualmente esaurita, per modo che egli ha respirato solo ossido nitroso, donde l'esito letale. Il Wilson era un'autorità nel campo dell'anestesia.

La cura saturnina del cancro.

È ancora in via di esperimento. Di recente il prof. Blair Bell dichiarava che su 270 casi trattati 116 non furono influenzati affatto, che solo 54 mostrarono benefizi netti e che in pochi casi la malattia si è arrestata. In una paziente, dopo otto iniezioni il tumore si era ridotto dal volume di un pugno a quello di una nocciola; ma dopo la 9ª iniezione si determinò la morte. Alla necro-

scopia si trovò meno di g. 0,1 di piombo; il patologo del Comitato per lo studio del cancro, dott. F. Lamb, riconobbe che la donna non sarebbe morta se non si fosse praticata l'ultima iniezione; il giudice istruttore emise un verdetto di « morte da degenerazione grassa del fegato, per probabile intossicazione saturnina » e dichiarò che il trattamento era stato eseguito a dovere.

(*Journ. A. M. A.*).

Rimedi per la cura del cancro.

L'offerta di due premi da 50,000 dol. (800,000 lire it.) ciascuno, fatta da W. L. Saunders di New York, sotto gli auspicî della Società Americana per la Lotta contro il cancro, e da destinare a chi trovi dei rimedî efficaci per la cura della malattia, ha fatto affluire a questa Società più di 1500 proposte, a quanto ha dichiarato il presidente di essa, dott. G. A. Soper, in seno al congresso di chirurgia adunatosi a Detroit.

L'esame di queste proposte ha consentito al Soper un vero saggio di psicologia.

Più di cento persone si dichiaravano pronte a partire per New York, onde dare personalmente la dimostrazione dei loro metodi; ed alcuni si recarono effettivamente alla sede della Società. Un telegramma, proveniente dall'Europa, chiedeva che si costringesse un guarito a imbarcarsi per New York. Pochi hanno addotto delle prove; la maggior parte invocano credito per la loro età o per la loro situazione sociale. La maggior parte ripongono fiducia in rimedî naturali, che vanno dal tuorlo d'uovo ai gamberi, dalle punture d'insetti ai morsi di serpenti. I medici sono in pochissimo numero tra i candidati al premio.

(*Journal A. M. A.*).

Il centenario della " Gazette des Hôpitaux ".

Abbiamo già dato notizia di questa celebrazione. Riceviamo, ora, un magnifico numero commemorativo, dal quale desumiamo i seguenti dati.

Il 1° novembre 1827 il dott. Antonio Francesco Ippolito Faure, di Marsiglia, dava alla luce il primo numero di un periodico dal titolo « Lancette française » e col sotto-titolo « Gazette des Hôpitaux civils et militaires »; dopo qualche anno il sotto-titolo diveniva dominante e restava definitivo.

Esistevano in Francia altri giornali medici; ma questo recava alcune caratteristiche nuove e cioè: una rubrica di notizie mediche, delle riviste cliniche settimanali, che furono graditissime dai medici, delle lezioni cliniche; inoltre commentava i progressi e gli studi riferiti; infine, si occupava d'interessi professionali, esprimendo le opinioni proprie sui fatti del giorno e non indietreggiava di fronte alle polemiche e alle discussioni; ne derivò un giornale vivo, vario, interessante, che si faceva leggere per intero, tanto che il dottor Faure potè essere definito « il fondatore del giornalismo medico moderno ».

Nella direzione del giornale al Faure succedette Brochin padre, che dette impulso alle « conversazioni settimanali ».

Gli tenne dietro Ricard, il quale con A. Mathieu introdusse nel giornale le « riviste generali », che parvero una rivelazione, perchè mettevano a giorno con chiarezza e rapidità le questioni più dibattute, risparmiando tempo ai lettori; affidate ai migliori nomi francesi della medicina, ottennero un successo senza uguali. Al tempo stesso, si era costretti a rinunziare alla critica delle recensioni, resa difficile dall'estendersi enorme della medicina.

Seguirono altri direttori; oggi le sorti del periodico sono affdiate degnamente a L. Le Sourd.

La proprietà del periodico è passata, in cento anni, per quattro sole persone: da tre generazioni essa appartiene alla famiglia Le Sourd. Ciò ha contribuito a mantenere al periodico continuità ed unità d'indirizzo. Interessa notare che la direzione amministrativa è oggi affidata alla signorina Brindel, la quale riscuote le generali approvazioni.

La « Gazette des Hôpitaux » ha resistito a dure vicende politiche, il che ne attesta la saldezza dell'organizzazione.

Le giungano accetti i nostri auguri di mantenersi al posto conquistato, per una lunghissima vita.

Ingente legato all'Istituto Pasteur di Parigi.

Il dott. René Marius Appert, morto in età di 65 anni a San Remo, ha legato 20 milioni di franchi all'Istituto Pasteur di Parigi.

Inoltre ha lasciato 200 azioni del Crédit Foncier, di 500 franchi ciascuna, all'« Association des médecins et anciens internes des Hôpitaux » di Parigi, della quale egli faceva parte; e altre 200 azioni all'Opera antitubercolare fondata dal Grancher.

La moglie del prof. Gabbi è rapidamente sparita dal mondo, quando la sua vivace intelligenza e la sua attività nel campo dell'assistenza sociale mostravano una energia e una forza d'iniziativa quasi giovanili. Al compianto di quanti la conobbero uniamo il nostro sentimento a conforto dell'amico e collega.

A. V.

Un periodico di propaganda.

La Casa farmaceutica « The Denver Chemical Mfg. Co. » di New York, produttrice dell'antiflogistina, pubblica il periodico « Il flebotomo incruento », con tiratura di 1,200,000 copie, in sei lingue: italiano, inglese, spagnolo, francese, tedesco e giapponese. Il giornale viene spedito ai sanitarî di tutti i paesi del mondo, fatta eccezione della Russia, Latvia e Bulgaria. I medici che non lo ricevessero, per possibili omissioni negli elenchi, potranno farne personale richiesta ai sigg. Manetti-Roberts e Co., via Carlo Pisacane, Firenze.

-ura
appara-

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXV — Roma, 23 Gennaio 1928 — Fasc. 3

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE

CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA DELLA R. UN. DI ROMA
Direttore: Prof. GHERARDO FERRERI.

Su due casi di otite media purulenta cronica con associazione fuso-spirillare.

Dott. ROBERTO MOTTA, assistente volontario.

L'associazione fuso-spirillare, che si localizza con una certa frequenza sulle tonsille palatine dando un quadro clinico caratteristico — l'*angina di Vincent* — raramente si impianta nel l'orecchio medio ed esterno. Quando ciò succede, l'attecchimento avviene in affezioni croniche della cassa con un condotto uditivo prima sano.

Crediamo quindi opportuno far conoscere due casi di otite media purulenta cronica con associazione fuso-spirillare, anche perchè si prestano a considerazioni d'un certo interesse clinico e terapeutico.

CASO I. — Sal. Otello, mesi 27.

I genitori sono viventi e sani. La madre ha avuto tre gravidanze, condotte tutte regolarmente a termine. Il paziente a un anno di età soffrì morbillo, cui seguì bronchite acuta, che durò circa una settimana.

Sei mesi fa i familiari si accorsero che, senza causa apparente e senza fenomeni dolorosi, dall'orecchio destro del paziente fuoriusciva della secrezione purulenta. Il malato venne curato, solo a intervalli, con instillazioni di acqua ossigenata. La madre riferisce che la secrezione è sempre stata scarsa e fetida. Da alcuni giorni però — senza causa apprezzabile (non dolore di gola, non raffreddore, ecc.) — essa è aumentata di quantità, ha assunto colorito roseo e ha acquistato un cattivo odore che si sente anche a distanza. Da allora il malato smania, porta frequentemente le dita all'orecchio e ha ingorgo glandolare al lato destro del collo. Appunto perciò il paziente viene condotto in Clinica (26 maggio 1926).

Esame obiettivo. Soggetto di buona costituzione generale. Sviluppo scheletrico regolare; masse muscolari toniche; pannicolo adiposo bene sviluppato. Temperatura 36°,9 C. Negativo l'esame dei vari organi e apparati.

Esame del naso. Mucosa rosea. Discreta quantità di secrezione mucosa.

L'*esame dell'oro-faringe* è completamente negativo.

Esame otoscopico. Orecchio sinistro: niente di particolare.

Orecchio destro. Sulla parete postero-superiore del condotto uditivo esterno, in tutta prossimità della conca, si osserva una ulcerazione rotondeggiante, di circa mezzo centimetro di diametro, con bordi netti, continuantisi col fondo, che è sanioso, irregolare, facilmente sanguinante.

Il condotto poi è ripieno da un liquido siero-ematico, fetidissimo, allontanato il quale si nota che le sue pareti sono erose, presentano un essudato giallastro tenue aderente, sono facilmente sanguinanti alla specillazione. Nel fondo del condotto si osservano dei detriti che mascherano la visione del quadro timpanico.

Nella regione carotidea destra, subito sotto l'orecchio e dietro l'angolo della mandibola, si palpano tre glandole della grandezza e forma di un grosso fagiuolo, a superficie liscia, consistenza molle-elastica, dolenti e spostabili sui tessuti circostanti. Altre glandole più piccole esistono più in basso e nella regione carotidea di sinistra.

Al paziente viene praticata pulizia con cotone sterile montato su porta-cotone e gli viene messa nell'orecchio una striscia di garza sterile. Per impedire che si stuzzichi, si pratica una fasciatura protettiva.

All'*esame batterioscopico* (Gram, Fontana-Tribondeau) della secrezione del *condotto uditivo esterno* si osserva una grande quantità di bacilli fusiformi e di spironemacee. Nel muco prelevato dalle *cavità nasali* e dalla *gola* esistono stafilococchi e gruppi di bacilli pseudo-difterici: assenza completa di forme fuso-spirillari.

Dopo due giorni il condotto si mostra migliorato in quanto l'ulcerazione si è detersa. Dato l'esito dell'esame batterioscopico, al malato — dopo pulizia con cotone sterile asciutto — viene immessa nell'orecchio una striscia di garza imbevuta in Trépol diluito a parti uguali con olio di ulive. La detta medicatura si ripete tutti i giorni per una settimana. Però non si osserva alcun miglioramento: il condotto è sempre pieno di essudato siero-ematico fetidissimo, si mostra eroso e facilmente sanguinante. All'*esame batterioscopico* dell'essudato si osserva sempre una grandissima quantità di bacilli fusati e di spironemi e rari gruppi di bacilli pseudo-difterici. Appunto perciò, il paziente viene medicato con soluzione glicerica di Neo-salvarsan al 10 %, badando di asciugarne l'eccesso, perchè la medicatura riesce dolorosa.

Dopo due giorni le condizioni sono migliorate; la secrezione assume colorito in parte giallastro e diviene meno fetida.

Il 12 giugno 1926 all'*esame otoscopico* si nota una leggera iperemia del condotto, il quale nel fondo è occupato ancora da detriti. L'*esame batterioscopico* dell'essudato dà un reperto di abbondanti spironemacee e di bacilli fusiformi e gruppi sparsi di bacilli pseudo-difterici.

Il 16 giugno 1926 la secrezione è di nuovo abbondante, fetida, siero-ematica, talora tendente al giallastro. Ciò è da attribuirsi al fatto che evidentemente l'associazione fuso-spirillare ha attecchito nell'orecchio medio dove il Neo-salvarsan non riesce a farsi strada pei numerosi sepimenti che ivi si trovano. La medicatura col Neo- viene fatta a giorni alterni: il malato a casa viene medicato con alcool salicilico 1 %, però senza alcun risultato.

Il 28 giugno 1926, vista la difficoltà di allontanare i detriti esistenti in fondo al condotto uditivo, al malato si consigliano instillazioni di acqua ossigenata 3 volte al giorno. Dopo alcuni giorni egli si mostra migliorato: le linfoglandole del collo sono del volume di un pisello, il condotto è deterso, la membrana timpanica ampiamente perforata nei quadranti inferiori. Si pratica allora di nuovo medicatura con soluzione glicerica di Neo-salvarsan al 10 %, e dopo una decina di giorni il malato è notevolmente migliorato.

Però, visto che il Neo-salvarsan si altera facilmente, viene adoperato il Neo I. C. I. nella soluzione 0,15 preparata dalla casa. Dopo pulizia del condotto uditivo esterno con cotone asciutto, si instillano alcune gocce della detta soluzione e quindi si mette una striscia di garza alla formalina asciutta.

Tale medicatura viene ripetuta tutte le mattine; la sera invece il malato viene medicato con alcool salicilico 1 %. Dopo un mese il miglioramento è sempre più accentuato. La secrezione a poco a poco perde la colorazione ematica e diviene giallastra. *Batterioscopicamente* si osservano allora abbondantissimi bacilli pseudo-difterici e bacilli fusiformi e spironemi in discreta quantità.

L'esame batterioscopico dell'essudato dell'orecchio viene ripetuto ogni settimana. Allorchè la secrezione acquista una tinta ematica, si osservano numerosi i bacilli fusiformi e le spironemacee; quando invece la secrezione diviene giallastra, sono sopratutto molto numerosi i bacilli pseudo-difterici, discretamente abbondanti le spironemacee, relativamente scarsi i bacilli fusiformi.

Il malato dopo tre mesi è completamente guarito. L'esame dell'orecchio riesce difficile per la intolleranza del paziente. Non si nota però secrezione e il condotto è di aspetto normale.

CASO II. — Lina M., di anni 3 ½, da S. Vito Leonessa (Aquila).

A un anno di età la paziente soffrì enterite. Dopo sei mesi (2 anni fa) senza causa apprezzabile avvertì all'orecchio sinistro dolore intensissimo, cui seguì fuoriuscita di secrezione purulenta. La madre riferisce che al detto disturbo si accompagnò ingrossamento delle linfoglandole sottomascellari, specie a sinistra, dove un anno fa si ulcerarono. Dopo circa una settimana, durante il quale periodo alla paziente vennero praticate medicature locali ed empiastri, l'ulcerazione guarì.

Da circa un mese e mezzo la secrezione dell'orecchio è più abbondante ed è sanguinolenta; essa si accompagna a dolore e a prurito per cui la malata porta spesso le dita all'orecchio. Essa ha preso l'Emulsione Scott per bocca ed è stata medicata con instillazioni nell'orecchio di acqua ossigenata, glicerina e con lavaggi di acqua e sale.

Secondo riferisce la madre, la malata non ha sofferto mal di gola.

Esame obiettivo. — Condizioni generali buone. Sviluppo scheletrico regolare, pannicolo adiposo ben sviluppato. Negativo l'esame dei vari organi e apparati.

Esame rinoscopico. — Mucosa rosea; discreta quantità di muco.

Esame della gola. — Mucosa iperemica; tonsille ingrossate. Secrezione mucosa in discreta quantità scende dal rino-faringe.

Esame dell'orecchio sinistro. — Condotto uditivo esterno lievemente iperemico. Nel fondo si os-

serva abbondante secrezione siero-ematica, fetidissima.

Nella regione sottomascellare sinistra si notano delle tumefazioni reniformi, della grandezza da un pisello a un fagiolo (una sola), a superficie liscia, consistenza duro-elastica, spostabili, indolenti. Al disotto della mandibola, anteriormente e sulla linea mediana, esiste una tumefazione della grandezza di un grosso fagiolo; sempre sotto la mandibola, verso destra, esistono altre piccole tumefazioni coi caratteri descritti.

Esame batterioscopico - Cavità nasali. — Il materiale prelevato dalle cavità nasale destra e sinistra, disteso su un vetrino porta-oggetti e colorato coi metodi di Gram e Fontana-Tribondeau, mostra stafilococchi e numerosi bacilli pseudo-difterici. Assenza di spironemi.

Gola. — Lo stesso reperto.

Orecchio sinistro. — Nel materiale prelevato dall'orecchio sinistro si mettono in evidenza abbondantissimi bacilli fusiformi e spironemacee e rari bacilli pseudo-difterici.

Alla paziente prima si pulisce l'orecchio con cotone asciutto, poi vengono instillate alcune gocce di Neo I. C. I. nella soluzione 0.15 preparata dalla Casa, infine si mette una striscia di garza asciutta alla formalina.

La malata viene condotta al paese dove continua a essere medicata. Essa non ritorna da noi, però, secondo riferisce il padre, dopo 20 giorni circa non presenta più secrezione dall'orecchio.

Nei casi da noi riportati si trattava dunque di pazienti che da diverso tempo (6 mesi-2 anni) soffrivano una otite media purulenta insorta, a quanto sembra, nel primo caso in modo subdolo, nel secondo acutamente.

Quando i malati vennero alla nostra osservazione, ci colpirono sopratutto diversi fatti:

1) i bambini smaniavano e si portavano frequentemente le dita all'orecchio malato (prurito, dolore);

2) la secrezione auricolare era abbondante, siero-ematica, fetidissima;

3) esisteva ingorgo diffuso alle linfoglandole del collo;

4) in uno di essi — Caso I — si osservava pure, nel condotto uditivo esterno, un'ulcerazione con bordi netti continuantisi col fondo, il quale era sanioso, irregolare, facilmente sanguinante.

Per questi fatti fu posta la diagnosi di otite media purulenta cronica con associazione fuso-spirillare. Tale diagnosi venne poi confermata dall'esame batterioscopico dell'essudato dell'orecchio, che dette un reperto di abbondantissime spironemacee e di bacilli fusiformi.

Come si è detto, l'otite media nel Caso I era insorta in un modo subdolo e la secrezione era stata scarsa e fetida. Solo da due giorni il malato accusava dolore all'orecchio, aveva ingorgo alle linfo-glandole del collo e la secrezione auricolare era divenuta abbondante e aveva acquistato un cattivo odore talmente forte da essere avvertito a distanza. In rapporto all'insorgenza di tali fatti, probabilmente l'associazione fuso-spirillare s'impiantò nell'orecchio pochi giorni prima che il paziente venisse in clinica. D'altro canto egli non aveva sofferto mal di gola, non era stato raffreddato e il reperto batterioscopico del materiale prelevato dalle cavità nasali e dall'oro-faringe e colorato coi metodi di Gram e Fontana-Tribondeau era stato negativo per la ricerca dell'associazione fuso-spirillare. Quindi clinicamente si trattava di una localizzazione primitiva della detta simbiosi nell'orecchio, altrimenti bisognerebbe ammettere che i detti germi si trovavano da molto tempo nella cassa timpanica e che per cause a noi sconosciute solo secondariamente si era avuta la loro virulentazione con la conseguente sintomatologia un po' tumultuaria da noi osservata.

Sebbene quest'ultima ipotesi non si possa scartare del tutto, in quanto il malato non era stato osservato precedentemente da noi, ci sembra più probabile l'impianto secondario della associazione fuso-spirillare su un'otite cronica.

Stando a questa ultima ipotesi, è difficile stabilire se l'infezione sia venuta dall'esterno e cioè se il paziente stuzzicandosi l'orecchio abbia determinato una lesione dell'inizio del condotto sul quale in primo tempo si ebbe l'attecchimento dei fuso-spirilli, che successivamente si propagarono all'orecchio medio. L'attecchimento dei detti germi nella cassa timpanica ci spiega la tenacia dell'infezione. Infatti, mentre il condotto uditivo esterno guarì con una certa rapidità, nella secrezione si trovavano sempre i bacilli fusiformi e gli spironemi. Ciò evidentemente perchè il Neo-salvarsan, da noi adoperato, nel condotto veniva a contatto e faceva sentire la sua azione sui microorganismi; questi invece continuavano a moltiplicarsi nell'orecchio medio. Però, allorchè furono allontanati per mezzo dell'acqua ossigenata i detriti che stavano a ridosso della membrana timpanica, in modo da permettere al medicamento di penetrare nella cassa, il paziente migliorò sensibilmente.

E' poi di un certo interesse l'esame batterioscopico, che nei nostri casi mise in evidenza dei bacilli psudo-difterici non solo nel muco del naso e della gola, ma anche nella secrezione dell'orecchio malato.

Quando quest'ultima perdeva l'aspetto ematico per divenire nettamente purulenta, le spironemacee e sopratutto i bacilli fusiformi diminuivano in quantità, mentre i bacilli pseudo-difterici divenivano molto abbondanti.

Un preparato di bismuto da noi adoperato in primo tempo non ebbe alcun effetto sull'affezione da noi descritta, mentre l'uso locale del Neosalvarsan si mostrò molto efficace.

La soluzione 0.15 di Neo preparata dalla Casa (Neo I. C. I. in soluzione), non alterandosi, ci permise di far curare la nostra seconda malata dagli stessi parenti.

NOTE E CONTRIBUTI.

Pigmentazioni da acqua di Colonia e da raggi solari

per il dott. ANTONIO POZZO, Udine.

I primi casi di pigmentazioni cutanee di forma strana dovuti all'azione combinata dell'acqua di Colonia e dei raggi solari risalgono al 1913 e sono dovuti alla perspicace e minuziosa indagine del prof. Freund, di Trieste. Egli aveva osservato nel luglio del 1913 una donna bionda di anni 30 presentante alla nuca, sulle spalle ed al dorso una iperpigmentazione cutanea, bruno-scura, con bordo a guisa di ghirlanda, e parecchie altre macchie analoghe isolate e nettamente circoscritte che davano l'impressione che la donna stessa fosse stata spruzzata con una soluzione di nitrato d'argento od altra sostanza colorante bruna.

Nè il prof. Unna nè il prof. Walhsch seppero, consultati, interpretare la strana dermatosi che non causava, del resto, alcun disturbo subiettivo a chi ne era affetto. In seguito ad altre osservazioni e concordando i casi ulteriori con dei dati anamnestici fissi (bagni di mare, bagni di sole ed aspersione di acqua di Colonia) il Freund arrivò ad identificare il processo anormale di pigmentazione come dovuto all'azione combinata dell'acqua di Colonia e di una intensa irradiazione solare.

Seguono i casi di Hoffmann, Stranz, Galewski, ecc., ecc. e le ricerche sperimentali, in seguito alle quali si potè ottenere la netta riproduzione della dermatosi, le indagini chimiche (per le quali si dimostrò che la formazione dell'ustione chimica seguìta da pigmentazione è dovuta specialmente agli olii eterei dell'olio di Bergamotto) e le indagini microscopiche dello Schmitz (nelle lamelle cornee asportate si rinvengono finissimi granuli di pigmento simili a quelli riscontrati dall'Hoffmann nelle lamelle cornee staccatesi in seguito ad ustioni da ghiaccio). Anche di recente il Freund portava un contributo di 15 casi nuovi, ed altre osservazioni in proposito vennero comunicate ai Congressi regionali delle Società dermatologiche, ecc.

L'entità nosologica è pertanto ormai ben definita e non offre al dermatologo difficoltà per la interpretazione; ma trattandosi di forma comunque non comune e di recente individualizzazione credo non inutile riportare due osservazioni da me fatte in questa estate.

La prima riflette un giovane sottotenente di vascello che fruendo di un lungo permesso si era recato prima al Lido di Venezia per una serie di bagni ed era quindi venuto ad Udine, ove, una mattina si accorse di avere intorno al collo, al torace, presso le ascelle, e giù lungo il braccio destro sino al dorso della mano delle chiazze rosso-brunastre or più or meno intensamente colorate a tratti assottigliantisi a guisa di nastro con ramificazioni serpiginose e bizzarre. La fotografia qui riprodotta dimostra la tipica dermatosi più chiaramente di qualsiasi descrizione.

L'affezione era lievemente pruriginosa. La terapia si limitò alla cosparsione della pelle con polveri inerti. Le macchie andarono sempre più impallidendo sino alla completa scomparsa, avvenuta in circa un mese.

Nel secondo caso trattavasi di un laureando in legge, F. L., di anni 24, da Udine, il quale nel ritorno dagli esami si era fermato un solo giorno



al Lido di Venezia esponendosi molto al sole e cospargendosi poi abbondantemente con acqua di Colonia. Dopo due o tre giorni comparvero due chiazze piccole separate, ovalari, alla regione sopramammillare destra. La pigmentazione non era molto intensa come nel caso precedente e, data la loro relativa piccolezza, avrebbero potuto essere scambiate a prima vista con chiazze di pityriasis versicolor dalla quale però differivano per l'assenza di desquamazione, per la rapida e simultanea comparsa, per la mancanza di altre macchie del genere nelle sedi di predilezione, ecc. Il decorso fu molto più rapido che nel caso precedente, data anche la poca estensione della dermatosi.

Da notarsi infine che in entrambi i casi era stata usata acqua di Colonia Atkinson che presenta appunto una percentuale del 3.07 di olii eterei sull'alcool totale.

10 settembre 1927.

IGIENE.

Disinfezione e disinfettanti.

Uno dei cardini principali su cui posa tuttora la profilassi delle malattie infettive è la disinfezione. Fin dai primi tempi della scoperta dei germi infettivi, si è assodato che il malato li dissemina con le escrezioni e le secrezioni e si è quindi pensato a distruggerli nell'ambiente in cui venivano spargendosi..Pratica indubbiamente razionale ed efficace quando essa è fatta con metodi adatti man mano che i germi vengono eliminati da parte del malato stesso. Durante la malattia, però, essa è lasciata all'iniziativa del medico curante ed alla esecuzione da parte dei familiari; l'autorità sanitaria non interviene che più tardi, a malattia finita, con la così detta *disinfezione finale*. L'esecuzione di questa, l'organizzazione delle relative squadre, l'impianto di stabilimenti di disinfezione hanno costituito la costante preoccupazione delle autorità preposte alla profilassi delle malattie infettive, nell'intento di stabilire per tal modo un'efficace difesa contro di esse.

La pratica è fondata sulla dottrina della resistenza e vitalità dei germi patogeni nell'ambiente; debbono certamente aver contribuito a dimostrarne la necessità i primi lavori sulla diffusione dei germi — in genere — nell'ambiente. Le piastre seminate con i materiali prelevati dagli oggetti che ci circondano e che tocchiamo spesso dimostrano l'esistenza di abbondanti germi e la possibilità che, fra quelli banali, se ne trovino di patogeni.

Trascorsi vari decenni da quando si sono iniziate le pubbliche disinfezioni, modificatesi e completatesi le nostre nozioni sulla trasmissione delle malattie infettive, è tempo ora di domandarci se la disinfezione finale, quale si esegue tuttora oggi, è veramente e sempre utile e necessaria, se corrisponde realmente a quanto chiediamo da essa e se franchi la spesa che per essa si deve sostenere o non vada invece sostituita o completata con altri sistemi.

Il maggiore esponente delle critiche ai mezzi attuali di disinfezione è stato Carlo Chagas, Direttore della Sanità pubblica al Brasile che, in diverse pubblicazioni (1) ne ha dimostrato l'inutilità per molti casi; da noi si sono occupati dell'argomento, aderendo in parte alle idee di Chagas, F. Pepeu (*Boll. dell'Istituto sieroterapico milanese*, giugno e dicembre 1926) e, più recentemente E. Bertarelli in *Pensiero medico*.

(1) *Valor da desinfeçao terminal*, Rio Janeiro, 1922; Société des Nations, Comité d'Hygiène, 14 ottobre 1925; Office international d'hygiène publique, maggio 1926.

È anzitutto necessario far rilevare la scarsa vitalità dei germi patogeni nell'ambiente; il loro *habitat* normale è l'organismo e si comprende che, al di fuori di esso, debole debba essere la resistenza ed impossibile la moltiplicazione. Eccettuati gli sporigeni, il bacillo tubercolare ed il virus vaiuoloso, si può affermare che tutti gli altri muoiono più o meno rapidamente nell'ambiente; è nota la fragilità del vibrione colerico. dei germi influenzali, ecc., ma anche per altri germi (febbre tifoide, dissenteria, difterite, ecc.), si può ritenere assai scarsa la resistenza nell'ambiente esterno, salvo casi particolari in cui essi trovino un mezzo nutritivo (latte). L'importanza degli oggetti inanimati come vettori di microorganismi patogeni viene quindi sempre più riducendosi e si può dire che ormai la maggior parte degli igienisti la pensi con Rosenau (*Preventive medicine and hygiene*) che i libri, i pavimenti, i muri, i mobili non trasmettono che in condizioni del tutto eccezionali i germi delle malattie. Nessuna prova epidemiologica ha dimostrato che una malattia infettiva (salvo per gli sporigeni) possa essere diffusa da oggetti inanimati, sicchè questi debbono essere considerati pericolosi soltanto in qualche raro caso.

Si comprende quindi che in molti casi, la disinfezione finale diventa superflua e rappresenta un onere per gli Enti che la praticano ed un incomodo non indifferente per le famiglie, senza nessuna utilità.

Nella pratica, poi, che avviene? Il malato (prendiamo p. es., la tifoide) è assistito alla meglio dai familiari in case generalmente sovraffollate, le quali non permettono che un isolamento relativo. Poco curate sono le precauzioni per il personale di assistenza e la disinfezione in corso di malattia, tanto più quando il malato incomincia ad alzarsi. Egli cammina allora per la casa e contamina quanto tocca con i bacilli di cui è portatore; in tali condizioni è possibile anche il contagio mediato per mezzo di oggetti su cui i germi possono rimanere vivi per un breve periodo di tempo. È proprio durante la malattia e la convalescenza che si compie più spesso la trasmissione della malattia ad altri conviventi, determinando così abbastanza spesso delle piccole epidemie domestiche. A malato guarito, dopo che esso ha disseminato per lungo tempo i germi infettivi, interviene la disinfezione finale; muri, pavimento, mobili sono allora presi d'assalto ed irrorati di disinfettanti: speciale raccomandazione si fa per la maniglia della porta del cesso, ma non si pensa che essa è stata contaminata per molti giorni dal malato e gli altri hanno così avuto tutto il tempo di infettarsene. Ma, oltre che arrivare troppo tardi, la disinfezione finale è

inutile se l'individuo rimane per un certo tempo portatore e può quindi diffondere ugualmente il contagio.

Così, anche per la tubercolosi, la disinfezione finale, pure essendo formalmente indicata, arriva dopo che il malato ha disseminato per anni i suoi bacilli e compie quindi un'opera di importanza secondaria. Nè diversamente vanno le cose quando si fa la disinfezione di una scuola per un caso di scarlattina o di difterite, germi ben poco resistenti, e vi si lasciano i portatori.

La disinfezione finale, quale oggi si pratica, è dunque generalmente inutile perchè tardiva e perchè unica, mentre poi, affidandosi principalmente ad essa, si perdono di vista altri mezzi ben più efficaci di lotta.

La questione delle disinfezioni va quindi ripresa seriamente in esame per vedere di armonizzarla con le odierne vedute epidemiologiche, limitandola alle circostanze in cui sono realmente utili ed adattandole alle peculiari caratteristiche di ogni malattia.

Esse sono del tutto inutili in malattie a germi labili, nelle quali è soprattutto importante il contagio interumano: morbillo, influenza (quanti rivoli di disinfettanti sono stati inutilmente gettati nell'ultima pandemia!) encefalite, varicella.

Della massima importanza è invece la disinfezione che si esegue per certe infezioni durante il corso della malattia, chè in tal caso, si uccidono i germi non appena escono dall'organismo ammalato e, sia pure per poche ore, sono tuttora vivi e virulenti e possono quindi determinare il contagio. Le modalità da seguirsi varieranno secondo le diverse malattie: ci si potrà limitare a disinfettare la biancheria del malato nella scarlattina, nella meningite cerebro-spinale epidemica, nella difterite; nella febbre tifoide, dissenteria, colera, febbre di Malta, si avrà inoltre grande cura per la disinfezione delle deiezioni e per la pulizia delle mani del malato, continuandola accuratamente nel periodo della convalescenza. Per la tubercolosi è soprattutto importante l'educazione del malato, che deve avere riguardo a non diffondere goccioline e spruzzi di sputo nel tossire ed a sputare nella sputacchiera. L'uso strettamente personale di alcuni oggetti (bicchieri, posate, ecc.), la disinfezione continuativa della biancheria (specialmente dei fazzoletti) e del pavimento completeranno queste pratiche. Una disinfezione generale dell'ambiente è però sempre da prescriversi in caso di morte e di cambiamento di alloggio.

Così pure sarà necessaria la disinfezione finale dell'ambiente in casi di vaiuolo e di peste; per quest'ultima, come nel caso di tifo esantematico, in cui le rispettive malattie vengono trasmesse per mezzo di animali, la disinfezione sarà preceduta dalla disinfestazione dell'ambiente e dalla bonifica del malato.

Queste misure vanno evidentemente integrate da altre, l'isolamento del malato che, nel desiderio degli igienisti andrebbe fatto sempre in ospedali di malattie infettive (esso è indispensabile e coercitivo per alcune malattie), la ricerca dei portatori, ecc.; ma su tali misure non è qui il caso di insistere. Quello che ritengo necessario fare rilevare, oltre alla superfluità della disinfezione finale in molti casi, è la grande utilità della disinfezione continuativa e delle regole di profilassi in corso di malattia. Su queste, gli uffici di igiene possono dare dei consigli, ma è soprattutto il medico curante che deve attuarle ed invigilarle nell'interesse della società e della famiglia del malato.

Bastano, in generale, misure abbastanza semplici: l'uso di un mastello di soluzione disinfettante in cui tenere immersa la biancheria usata dal malato prima di passarla alla lavatura, la disinfezione accurata dei vasi da notte, delle padelle (nelle infezioni intestinali) e delle sputacchiere e, specialmente per la tubercolosi, la disinfezione del pavimento; l'uso di un camice per la persona che assiste il malato, la quale si disinfetterà le mani dopo ogni toccamento, la disinfezione delle mani del malato stesso da continuarsi, specialmente dopo avere usata la latrina, anche durante la convalescenza per la febbre tifoide, la dissenteria, la febbre di Malta, il colera. Con un po' di pazienza, il servizio può essere facilmente organizzato e continuare bene anche in case modeste.

LA SCELTA DEL DISINFETTANTE.

Stabilite così le linee generali della disinfezione, rimane da scegliere il disinfettante adatto per i singoli casi. Scelta spesso imbarazzante per il medico a cui i vari prodotti del commercio vengono presentati con *reclames* mirabolanti e con lusinghieri certificati di nomi più o meno autorevoli.

In linea generale, è bene diffidare dei prodotti che il commercio lancia con nomi di fantasia e che sono bene spesso di discutibile efficacia. Chi scrive ha avuto occasione di esaminare la composizione ed il potere germicida di diverse diecine di disinfettanti e ben raramente si è imbattuto in prodotti veramente attivi. Fra i molti, ne ricordo uno che conteneva un po' di tutto: solfato di rame, cloruro di zinco, sublimato corrosivo, formalina; altri che venivano presentati con suggestive *réclames* e con grande serietà per disinfettare... l'aria. La credulità umana non ha limiti; le persone anche colte e gli stessi medici abboccano all'amo tanto più facilmente se i prodotti sono presentati da abili viaggiatori e con

certificati e studi in cui talvolta l'inefficacia è abilmente dissimulata. Valga come esempio il lisoformio, di cui l'inefficacia per le pubbliche disinfezioni è stata dimostrata, fra gli altri, da Bormans e che pure continua ad essere usato da moltissimi che hanno in esso una cieca fiducia.

In tale questione sarebbe necessario che da parte delle Autorità Sanitarie centrali, si emanassero disposizioni tali da impedire il commercio di disinfettanti inefficaci, tanto più pericoloso se, come è da auspicarsi, la disinfezione continuativa sarà largamente attuata in pratica. Agli Stati Uniti è fatto obbligo ai fabbricanti di esprimere il valore germicida dei disinfettanti che mettono in commercio per mezzo del così detto « coefficiente fenolico », che mette in rapporto l'azione germicida del prodotto con quella del fenolo.

Metodo più sicuro è quello di affidarsi ai prodotti più semplici, di composizione ben definita e costante, adattandoli alle singole circostanze, evitando tutte le specialità; faccio qui un elenco di quelli che sono più che sufficienti per la pratica.

La *calce* ed il *cloruro di calce* si useranno per le latrine ed i vasi da notte; si tenga presente che il cloruro di calce, se esposto all'aria ed all'umidità, perde man mano il cloro (come si può avvertire dall'attenuazione e scomparsa dell'odore) e rimane inefficace.

La *soda comune* (non soda caustica), in soluzione al 5 %, se usata calda, è molto utile per la disinfezione di pavimenti, specialmente se sudici, delle stoviglie, posate, dei bicchieri e delle biancherie; se queste si fanno bollire, la soluzione può farsi al 2 %.

Il *sublimato corrosivo* al 5/1000 è indicato per le disinfezioni del pavimento e delle pareti; non va usato con oggetti in metallo od altri che possano guastarsi. *Non va mai usato per le feci.* La soluzione all'1/1000 è indicata per la disinfezione delle mani; si usano a tale scopo generalmente le pastiglie; si tenga però presente che, fra quelle del commercio, ve ne sono alcune a basso contenuto di sublimato (in un caso ne trovai tre centigrammi invece di un grammo!).

Prodotti a base di fenoli e cresoli. Per alcune persone dalle narici molto delicate sono intollerabili per l'odore che essi lasciano. In realtà, sono buoni disinfettanti, anche perchè, contenendo del sapone, uniscono l'azione detergente; con l'uso di buoni prodotti è ridotto al minimo anche l'odore.

Vanno in commercio in due tipi principali: le *creoline* (1) che danno con acqua un'emulsione lattiginosa ed il tipo *lisolo* (*cresolo saponato, soluzione saponosa di cresolo*) che dà invece soluzione limpida (quando si fa con acqua distillata, mentre con acqua comune si ha un intorbidamento per la presenza del sapone). Le più diffuse sono le creoline, con svariatissimi nomi di fantasia, che sono anche le preferite in Inghilterra ed agli Stati Uniti. Esse hanno però lo svantaggio di contenere, oltre alle parti attive, altri prodotti del catrame, che lasciano le superfici come « grasse » e che danno l'odore così tenace. Si tenga inoltre presente che questo tipo di disinfettanti ha composizione varia secondo la ditta fabbricante. Alcuni prodotti hanno un contenuto minimo di fenoli-cresoli e sono quasi inefficaci; il pubblico e gli stessi medici non hanno modo di controllarne l'azione e non possono giudicarli che in base all'odore, dato da sostanze inattive.

Più conveniente sotto tutti i rapporti è il cresolo saponato (lisolo) fatto semplicemente da cresolo grezzo (ben depurato) e sapone molle a parti uguali. È un prodotto, senza alcun brevetto, che ognuno, volendo può fabbricare da sè e può quindi essere di composizione costante e nota; con piacere, lo abbiamo veduto finalmente introdotto nella nostra Farmacopea (IV edizione). Contiene quantità minime di sostanze estranee, non lascia macchie, e nemmeno un odore molto tenace, deterge e disinfetta. In soluzione al 2-5 % è adatto per la disinfezione dei vasi da notte, delle padelle, delle latrine, delle biancherie e di molti oggetti. Non è ancora entrato nella consuetudine della disinfezione e non se ne trova che raramente nel commercio; alcune marche sono fatte con cresolo grezzo ad elevato contenuto di oli di catrame e minore quantità di cresolo e sono quindi meno efficaci; sarebbe necessaria una garanzia ed un controllo da parte dello Stato per garantire il contenuto minimo di 40-45 % di cresoli.

La *formalina* si può usare in soluzione al 10 % per la disinfezione di oggetti che verrebbero sciupati da altri disinfettanti e soprattutto per la disinfezione gassosa finale dell'ambiente nei casi in cui è necessaria. Si rimprovera alla formaldeide di non agire in profondità; in realtà i germi si trovano essenzialmente alla superficie; pochi ne arrivano profondamente e quelli che vi rimangono non sono pericolosi, quindi si può ritenere che la formaldeide risponda allo scopo. Importante, per la disinfezione gassosa, come del resto anche per le altre, è di agire con buona tecnica.

Con questi pochi disinfettanti, il medico può ampiamente sopperire ai bisogni della disinfezione continuativa in corso di malattia; essa, se bene attuata, costituisce indubbiamente una delle più efficaci difese contro molte malattie infettive.

A. FILIPPINI.

(1) Il nome di creolina, sebbene depositato per indicare il prodotto di una determinata ditta, viene comunemente usato per tutti i prodotti di questo tipo.

RIVISTE SINTETICHE.

REGIO MANICOMIO DI TORINO - CASA DI COLLEGNO
Direttore: Dott. RIVANO.

Il veronalismo

pel dott. TROSSARELLI ALBERTO,
medico praticante interno.

Se assai frequentemente i giornali quotidiani registrano casi d'avvelenamento da veronal, avvelenamenti intenzionali di persone per lo più stanche della vita, la stampa medica riporta invece casi d'avvelenamenti occorsi in seguito alla somministrazione medicamentosa del farmaco, e questi, non solo come episodio d'avvelenamento acuto, ma anche sotto forma d'avvelenamento cronico.

Il veronal o dietilmalonilurea, composta nel 1903 dal Fiscer e da Mering, si presenta sotto forma di una polvere costituita da piccoli cristalli incolori, inodori, di sapore leggermente amaro, fusibili a 191°, solubili bene in acqua calda, poco in acqua fredda.

Nel 1904, dopo la pubblicazione delle ricerche fisiologiche compiute su questa sostanza dal Molle e Kleist, il veronal venne introdotto in terapia come ipnotico e come calmante generale, e colla sua diffusione rapida non tardarono a far seguito i primi casi d'avvelenamento, dovuti a fatti d'idiosincrasia, o d'intolleranza individuale. Più tardivamente si conobbero i segni delle intossicazioni cui il farmaco poteva dar luogo, qualora la sua assunzione fosse stata prolungata, ed infine venne usato il medicamento a scopo suicida.

Dalle ricerche praticate su animali intossicati artificialmente e su individui morti, appunto in seguito all'assunzione di dosi venefiche del medicamento, è apparso chiaro il fatto che questo ha una spiccata elettività per il sistema nervoso, e che per la massima parte si ritrova nel cervello. Minime traccie nel fegato e nei reni (Fabre, Fredet, Aiazzi Mancini).

L'eliminazione del medicamento, che si compie in massima parte per via renale, 90 %, e solo in minima parte per la via intestinale, che anzi da taluno è persino negata, avviene assai lentamente, per cui è reso possibile il pericolo del suo accumulo nell'organismo, e spiegato il perchè dell'intossicazione anche in quei casi in cui si sono somministrate piccole ma ripetute dosi del farmaco.

Fissare le dosi terapeutiche d'un medicamento, è sempre cosa assai difficile, ma questa difficoltà si presenta ancor maggiore pel veronal, sostanza per la quale la sensibilità individuale è assai varia, e per la quale alcuni pazienti presentano una vera e propria indiosincrasia. Se così non fosse, come troverebbero spiegazione quei casi nei quali dosi piccolissime di medicamento hanno determinati fenomeni gravi di avvelenamento? (Leclerc, Martin, Milhaud e Mankelin, Manquat, Steinitz). Questi autori sono venuti nella conclusione che per il veronal la dose sonnifera è assai vicina alla dose tossica, e che questa da 1 gr. può raggiungere i 20 (Umber). In genere essa è superiore ai 5 gr. (Mohr e Stahelin), benchè non siano mancate guarigioni in individui che a scopo suicida avevano ingeriti 8-9 gr. di veronal (Bloch e Deglaude).

Il Bousquet consiglia che, dopo essersi ben assicurati sulla permeabilità renale ed epatica, non si sorpassino mai i 25-35 centg. nelle donne e nei vecchi, ed i 50 centg. negli adulti. Altri, Debove, Pouchet, giungono sino a 75 centg., da noi il Gallio ed il Marfori consigliano di non oltrepassare il grammo.

La sintomatologia dell'avvelenamento da veronal va distinta a seconda che si tratti d'un'intossicazione acuta, o d'un'intossicazione cronica, perchè i sintomi delle due forme sono completamente differenti e poco conosciute.

Nell'avvelenamento acuto lo Steinitz distingue quattro gradi a seconda degli effetti prodotti dal medicamento sull'organismo. Egli considera dose tossica minima (Igrado) gr. 2,50 del farmaco, ed ascrive a fenomeni d'intolleranza o d'idiosincrasia, gli avvelenamenti che si verificherebbero con dosi minori. Gli altri gradi apparterrebbero a veri e proprii avvelenamenti, e sarebbero distinti in leggeri, sino a 5 gr., di media gravità sino ai 10 gr., gravi e mortali al di sopra dei 10. I principali sintomi d'intossicazione appaiono nell'ambito della cute e del sistema nervoso.

A carico della pelle noi possiamo osservare un arrossamento, arrossamento che soventi si manifesta sotto forma di piccole macchie rotonde del diametro di 2-4 cm., estese in punti simmetrici dapprima, e che poi confluendo e diffondendosi, determinano un arrossamento totale del tronco e degli arti, verosimilmente dovuto ad una iperemia cutanea, inquantochè scompare colla pressione. Alcune volte a questa fa seguito un'intensa desquamazione. Sono state descritte eruzioni eritematose (Bulkeley), esantemi morbilliformi (Kuhn, House, Ormsby, Zengerly). Il Wolters riporta un caso in cui bastò l'ingestione di 50 centg. per provocare un'intensa iperemia.

A carico del sistema nervoso si nota una pesantezza spiccata al capo, cefalea, sonnolenza, nausea, vomito (Fischer), astenia muscolare, intontimento, impossibilità di poter lavorare (Lebaupin). In taluni casi è stato riscontrato nistagmo (Sowden), emiplegie complete di breve durata, amnesia, glicosuria (Neumann), frequenti sono le vertigini (Lilienfeld, Wurth, Kaan, Kuhn, Mendel e Krohn). Dal lato psichico, deliri, allucinazioni prevalentemente visive (Laehr), fenomeni

d'ebbrezza (Montagnini, Wiener, Berent), stati d'ebetudine (Oppenheim).

L'individuo intossicato, nelle forme leggere appare un po' imbambolato, sonnolento, ha nausee, vomiti, spesso vertigini, manca di sicurezza nei movimenti, assomiglia lontanamente ad un individuo brillo. Questi sintomi che possono coesistere tutti contemporaneamente, possono accompagnarsi ai fenomeni cutanei sopra menzionati, e scomparire entro poche ore, in seguito ai comuni espedienti curativi.

L'avvelenamento di media gravità, s'accompagna sempre a torpore più o meno spiccato. Le pupille possono essere normali, ora midriatiche, ora miotiche, nei casi gravi non reagiscono più nè alla luce nè all'accomodamento, vengono a mancare i riflessi congiuntivali ed i corneali. I riflessi tendinei in genere sono diminuiti ed aboliti negli avvelenamenti gravissimi, in casi eccezionali, quale quello citato dall'Held, avvelenamento con ben 9 gr. di veronal, accentuati. Più scarsa ed assai più lenta è l'azione del farmaco sul muscolo cardiaco e sul sistema circolatorio. Alterazioni si osservano a carico della temperatura, che in molti casi raggiunge i 39° (Rosendorf), fatto spiegabile con un'eventuale azione del farmaco sui centri termoregolatori.

Se l'avvelenamento non è stato mortale, il torpore dopo 24 ore incomincia a diminuire, il paziente incomincia a reagire agli stimoli sensitivi, se scosso si desta un tantino per riprendere lasciato a sè il sonno, e in breve si ha il ritorno allo stato normale. Qualche volta si nota in questi pazienti nelle prime ore, difficoltà nella favella, frequentemente si lamentano di cefalea, d'incapacità a compiere bene i movimenti, d'incontinenza rettale e vescicale. In rari casi si può avere anuria.

La durata dell'intossicazione varia tra i 3 ed i 10 giorni, e se la dose non è stata mortale, colla guarigione, si ha di regola la completa *restitutio ad integrum*, salvo che non avvengano altre complicazioni pericolose e frequenti a verificarsi, quali quelle a carico dell'albero respiratorio. La facilità dell'insorgenza di fenomeni broncopolmonari negli intossicati da veronal, è stata messa in evidenza da numerosi autori, Leck, Mancini, ecc., e si è pensato che fosse dovuta ad una specifica azione del medicamento sul trofismo nervoso del tessuto polmonare, per cui germi che comunemente si troverebbero innocui nell'albero respiratorio verrebbero a trovare condizioni favorevoli per il loro attecchimento e per il loro maggiore sviluppo. Io penso, che se grande importanza va data al neurotropismo del veronal, che indubbiamente esiste, non deve essere trascurato il fattore della stasi polmonare, non tanto determinata da un'elettiva influenza del veleno sul centro circolatorio e respiratorio, quanto piuttosto dalla prolungata posizione supina, mentre sono notevolmente rallentati e diminuiti d'ampiezza i movimenti respiratori ed indebolita la circolazione polmonare.

Se la dose è stata mortale, l'exitus si verifica in genere tra le 24 e le 48 ore: Al periodo di sonnolenza preceduto da inquietudine, da eccitazione psichica, si segue il periodo di coma: Le pupille si fanno midriatiche, raramente miotiche, non reagiscono più, la muscolatura si fà rigida, si hanno di tanto in tanto vivaci movimenti delle gambe, opistotono (Tamburini), scompaiono i riflessi tendinei, e si ha la morte per paralisi dei muscoli respiratorii. (Erlich, Frerich). Alcune volte il coma può svilupparsi bruscamente senza essere preceduto da alcun sintomo. (Tavernier, Martin).

Bloch e Deglaude citano un loro caso in cui si ebbe la guarigione dopo 72 ore di coma per l'ingestione di circa dieci grammi di veronal Tanto nelle forme leggere, quanto nelle gravi, durante tutto il periodo dell'intossicazione, ed anche dopo, nelle urine si trovano disciolti cristalli di veronal, che con particolare tecnica che descriverò appresso, possono essere messi in evidenza.

Frequente è un'albuminuria transitoria che può raggiungere anche il 2 ‰ (Klausner). L'esame microscopico può denotare presenza di cilindri ialini e granulosi, accompagnati da globuli rossi (Margaret).

Milhaud, Mankelin, avrebbero osservati fenomeni d'insufficenza epatica, glicosuria, crisi emoclasica positiva.

Già ho accennato all'intossicazione cronica facilitata dalla lenta eliminazione dall'organismo del farmaco, e dal fatto che assai spesso i primi disturbi ch'essa determina giudicati erroneamente, spingono medico e paziente stesso ad aumentare la dose serale del farmaco.

Numerosi casi sono stati osservati, e numerosi autori hanno accennato a questa forma d'intossicazione (Dobrachausky, Rosendorf, Kress, Laudenheimer, Steinitz, Hoppe, Gerhard, Clarke, Kren, Umber, Pisarski). Quest'ultimo su circa 280 pazienti che assumevano seralmente veronal, trovò che ben 75, erano intossicati sia pur in forma leggera.

Io ho potuto osservare due casi d'intossicazione profonda da veronal in due pazienti che da oltre un anno prendevano seralmente da 0,30 a 0,50 gr. del farmaco, e mi ricordo ch'ero rimasto stupito della grande rassomiglianza della sintomatologia di questi pazienti con quella della paralisi progressiva. Ecco il quadro che presentavano:

Disturbi nella deambulazione sotto forma di leggera atassia, tremori alle mani, difficoltà nella scrittura, disturbi nella loquela che si presentava esitante, diminuzione della memoria, vertigini, confusione mentale, esagerazione dei riflessi patellari, ed alterazione dei riflessi pupillari. Già

altri autori avevano fermata la loro attenzione sulla presenza di fenomeni psichici ostinati, di tipo stuporoso, accompagnati da idee deliranti, angoscia, terrore, e relative reazioni di difesa, che s'osservano in questi pazienti, ed io in uno dei miei due casi, ho potuto nettamente osservare una sindrome depressiva con allucinazioni numerose, prevalentemente uditive.

Occorre tenere bene presente tutta questa sintomatologia per non essere indotti in presenza di simili disturbi, in individui che assumono veronal, ad accrescere la dose del sonnifero, aumentando così l'intossicazione.

Il De Lisi che studiò la questione sugli animali (galli), scrive:

Dopo poco tempo si osserva un decadimento dello stato generale, disturbi gravi a carico del sistema nervoso centrale, paralisi grave specialmente a carico degli arti superiori con tremori, che scompaiono colla temporanea cessazione del farmaco, abolizione dell'istinto sessuale con decadenza dei caratteri sessuali.

La diagnosi d'intossicazione sia acuta che cronica nell'avvelenamento da veronal non si può formulare con certezza che dalla presenza del medicamento nelle escrezioni dell'individuo, nell'urina, nel vomito, non nelle feci inquantochè l'eliminazione di questo farmaco per l'emuntorio intestinale è quasi nulla.

L'accertamento della presenza di veronal nelle urine si può dimostrare con particolari reazioni. Se a pochi cmc. d'urina fatta bollire per alcuni minuti e quindi concentrata, si aggiungono una o due goccie di acido nitrico e qualche goccia di reattivo di Millon, si forma, se l'urina contiene veronal, un precipitato bianco gelatinoso, solubile in eccesso di reattivo (Molle). Egual precipitato bianco si può ottenere aggiungendo alcune goccie di una soluzione di cloruro mercurico ed una goccia di idrato sodico (Frerichs). Fischer e Mering consigliano il seguente metodo che svela assai bene anche piccole dosi del medicamento. Si concentra l'urina e poi la si tratta ripetute volte con etere. Il residuo viene lasciato di volta in volta evaporare, e quanto infine rimane viene sciolto in acqua calda e filtrato attraverso carbone. Si ottiene così un liquido chiaro che nuovamente concentrato e poi lasciato raffreddare, lascia dei cristalli incolori, fusibili a 191°, aventi tutte le proprietà del veronal puro.

Quale sarà il trattamento degli avvelenati da veronal? In generale sarà quello di tutti gli avvelenamenti, sbarazzare cioè se possibile l'organismo dal veleno, e combatterne gli effetti.

Per sbarazzare l'organismo serviranno bene i vomitivi (ipecacuana, apomorfina, acqua calda, ecc.), oppure una buona lavatura di stomaco. Si cercherà poi di favorire l'espulsione del medicamento da tutti gli emuntori naturali e quindi purganti, meglio purganti salini, diuretici, diaforetici. Utili delle generose ipodermoclisi, e delle iniezioni di pilocarpina. Se vi sarà ritenzione d'urina, si praticherà il cateterismo. A sostenere le forze dell'organismo caffeina, olio canforato, sparteina. Utile per prevenire le complicazioni polmonari la respirazione profonda fatta fare di tanto in tanto sistematicamente al malato. Buona la morfina se compaiono fenomeni d'eccitazione.

Negli avvelenamenti cronici la miglior cura oltre a facilitare l'eliminazione del medicamento accumulato, sarà la cessazione della somministrazione del farmaco. Siccome però in taluni casi sono stati descritti inconvenienti per la cessazione rapida, sarà prudente procedere un po' lentamente, e nel frattempo ricorrere a qualche altro ipnotico o calmante la cui formula chimica si avvicini a quella del veronal, senza tuttavia averne la tossicità (novosedamina, luminal).

LETTERATURA.

AIAZZI MANCINI. Giornale di Clinica Medica, 1921, 1923; Rivista Critica di Clinica Medica, 1923.
BACCELLI. Riforma Medica, 1906.
BERENT WALTER. Therap. Monats., 1903.
BOUSQUET. Bull. Sc. Pharm., 1907.
BULKELEY. Journal of the Amer. Med. Ass., 1907.
CLARKE. Therap. Monats., 1904.
COLE. Journal of the Amer. Med. Ass., 1907.
DAVIDS e HERMANN. Berl. Klin. Wochr., 1904.
DEBOVE, POUCHET, SALLARD. *Aide. Mémoire de Thérapeutique.*
DE LISI. Riv. di Patol. Nerv. e Mentale, 1916.
FISCER E MERING. Apoteker Zeitung, 1903-1904; Therapie der Gegenwart, 1904.
FABRE E FREDET. Bull. Soc. Chimie Biologique, 1925.
GERHARTZ. Wiener Klin. Wochr., 1905; Berlin Klin. Wochr., 1903; Therap. Monats., 1904.
HOUSE. Journal of the Amer. Med. Ass., 1907.
KAAN. Therap. Monats., 1904.
KLAUSNER. Klin. Therap. Wochr., 1911.
LEAN. Journal of the Amer. Med. Ass., 1925.
LAEHR. Allgem. Zeitschr. fur Psych., 1913.
LEBAUPIN. Soc. de Thérap.. 1906.
LECLERC. Presse Médicale, 1913.
MANQUAT. Soc. de Thérap., 1906.
MARGARET. The Lancet, 1914.
MARTIN, MILHAUD, MANKELIN. Presse Médicale, 1913.
MENDEL, KURT, KRAU. Deuts. Med. Wochr., 1903.
MOLLE E KLEIST. Arch. der Pharm. Berlin, 1904.
NANGHTON. British Med. Journal, 1910.
NEUMANN. Berlin Klin. Wochr., 1908.
NICEFORO. Gazzetta Sanitaria, 1909.
NICCOLINI. Riforma Medica, 1924.
ORMSBY. The Cleveland Med. Journal, 1908.
PISARSKI. Therap. Monats., 1904.
SOWDEN. Bull. Chim. Farm., 1910.
STEINITZ. Die Therapie der Gegenwart, 1908.
TAGLIARINI. Bull. Chim. Farm.. 1906.
TAMBURINI. Riv. Sperim. di Freniatria, 1910; Atti della Società Med. Anconetana, 1909.
TAVERNIER. Presse Médicale, 1913.
TUROLLA. Gior. di Psich. e Tecn. Manicom., 1913.
UMBER. Med. Klin., 1906.
WIENER. Wiener Mediz. Presse, 1903.
VIKI. Arch. Intern. Pharm. Thérapie, 1923.
WOLTERS. Thérap. Monats., 1908.
ZENGERLY. Stratzburg Mediz. Beitung, 1907.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

L'idrocefalo.

(JEANSELME. *Journal des praticiens*, 1927, n. 43).

L'idrocefalo è una sindrome cefalica prodotta da eccesso di liquido cefalo-rachidiano. Si verifica nella prima infanzia ed è caratterizzata da aumento di volume del cranio che prende la forma di un tronco di cono o di piramide irregolare con la grande base in corrispondenza del cuoio capelluto, mentre la piccola base si continua insensibilmente con la faccia.

Tale deformazione, che è possibile solo in quanto le ossa craniche non sono ancora saldate è prodotta dall'eccesso del liquido cefalo-rachidiano che esercita una forte pressione da dentro in fuori. In conseguenza l'osso frontale è spinto in avanti, cade a piombo sulla faccia e la sua altezza è accentuata; la squama occipitale è rigettata indietro ed i parietali in fuori per modo che la direzione dei condotti uditivi esterni diventa verticale e gli orifizi guardano direttamente in basso.

La testa la cui circonferenza è enorme, fino a 87 cm. in un caso di Esquirol, termina con un piano, le fontanelle sono ingrandite e persistono indefinitamente. A loro livello si osservano risalti fluttuanti dovuti all'ipertensione, che si accentuano ancor più con la tosse e con il grido. Non è raro constatare divaricazione più o meno notevole delle ossa in corrispondenza delle linee nelle quali normalmente esistono le suture fronto-parietali, interparietale ed occipito-parietali. Oltre a ciò i capelli sono diradati, la cute assottigliata, ed il reticolo venoso sottocutaneo esageratamente sviluppato.

In qualche caso l'idrocefalo è dovuto all'ipertensione con sede sulla superficie cerebrale e si ha allora l'idrocefalo esterno; ma di solito il liquido cefalo-rachidiano si trova in eccesso nei ventricoli cerebrali, provocando il così detto idrocefalo interno. Questo può essere non comunicante quando l'ipertensione è limitata ai ventricoli, e generalizzato o comunicante quando l'ipertensione è diffusa a tutto l'involucro meningeo.

Nelle forme accentuate d'idrocefalo interno lo strato lucido e la volta a tre pilastri possono essere distrutti, il corpo calloso ed il pavimento del terzo ventricolo ridotto allo stato di una sottile membrana; gli emisferi cerebrali appaiono come due vesciche che s'afflosciano quando si aprono; i plessi coroidei talvolta sono appiattiti ed esangui, talaltra ipertrofizzati; tutte le parti dell'encefalo sono compresse ed atrofiche e perfino la corteccia cerebrale è ridotta ad una semplice lamella. Spesso si hanno lesioni di encefalite distruttiva nel centro ovale e nella corteccia, e lesioni di meningite basilare cronica.

In caso di sopravvivenza in conseguenza di riassorbimento del liquido cefalo-rachidiano, fatto rarissimo, si ha ipertrofia delle ossa craniche e la persistenza di una deformazione caratteristica.

L'ipertensione endocranica arresta lo sviluppo del cervello e ne distrugge anche alcune parti, con le conseguenti alterazioni funzionali: il ragazzo presenta uno sguardo atonico, talvolta strabismo, nistagmo, ambliopia ed anche amaurosi completa, nonchè disturbi dell'udito. La dentizione è ritardata o mancante del tutto. Il ragazzo non cammina, può presentare paralisi, contratture, idiozia completa. Nelle forme meno gravi e compatibili con la sopravvivenza si ha deficit intellettuale accentuato.

L'etiologia dell'idrocefalo è poco nota.

Vi sono forme congenite accompagnate da arresti ed anomalie di sviluppo (spina bifida, labbro leporino, piede equino, imperforazione anale, ectromelia, anomalie cardiache).

Di solito, però, l'idrocefalo è acquisito e può dipendere da cause diverse: meningite tubercolare, meningite cerebro-spinale, encefalite letargica, sifilide ereditaria.

Per comprendere la patogenesi ed il meccanismo di produzione dell'idrocefalo occorre ben conoscere i caratteri ed il modo di formazione del liquido cefalo-rachidiano. Questo scoperto da Cotugno nel 1774 fu noto in tutti i suoi caratteri solo in seguito alla pratica della puntura lombare introdotta da Quincke.

La quantità del liquor nell'adulto è di 100-150 cmc. La pressione è più forte nei capillari che nel liquor e più forte nel liquor che nelle vene. Esso si trova in ogni minimo spazio del nevrasse negli spazi subaracnoidei cranici e spinali, nei ventricoli ed è tutto comunicante attraverso i fori di Monro, l'acquedotto di Silvio, gli orifizi di Magendie e di Luschka. Attorno al midollo il liquor costituisce un rivestimento uniforme. A livello dell'encefalo vi sono serbatoi, laghi o cisterne alimentati da rivi o rigagnoli. Il liquor accompagna i vasi nell'interno della corteccia cerebrale, i nervi alla loro origine apparente, e per alcuni autori anche il cilindrasse per tutta la lunghezza dei nervi.

L'importanza dei plessi coroidei (prolungamenti leptomeningei ricchi di vasi) nella produzione del liquor è ben nota ma non è ancora accertato se si tratti di semplice transudato o di secrezione attiva. I risultati degli studi più recenti farebbero propendere per quest'ultima ipotesi. La funzione secretoria dei plessi sarebbe

esaltata dall'etere, dalla pilocarpina, dalla muscardina, e dalla teobromina.

Il liquido cefalo-rachidiano ha due vie di evacuazione: l'una principale, la via venosa costituita a livello del cranio dai seni della dura madre, l'altra accessoria, costituita dalle guaine perineurali e dai canali linfatici.

Il liquido cefalo-rachidiano ha una lenta circolazione passando dai ventricoli laterali nel terzo ventricolo e da questo nel quarto attraverso l'acquedotto di Silvio; raggiunge poi gli spazi subaracnoidei attraverso i fori di Magendie e di Luschkà, quindi i laghi della base ed arriva in prossimità dei seni cranici.

Dondy ammette l'esistenza di due grandi tipi d'idrocefalo, uno dovuto ad ipersecrezione e l'altro dovuto a ipoassorbimento di liquor. Il primo sarebbe l'idrocefalo acuto consecutivo ai traumi e alle meningiti, o l'idrocefalo cronico in rapporto ad occlusione delle vene di Galeno. Il secondo, molto più frequente comprende i casi nei quali l'idrocefalo è comunicante ossia quelli nei quali l'occlusione ha sede a livello degli spazi subaracnoidei o delle cavità ventricolari.

Il trattamento dell'idrocefalo rimane ancora poco efficace. Le punture ripetute nei ragazzi attraverso le fontanelle, e negli adulti in seguito a trapanazione, costituiscono cure affatto palliative. Le punture seguite da iniezioni di cloruro di calcio e di ioduro di potassio sono molto pericolose. Gli interventi chirurgici intesi a stabilire un drenaggio permanente dei ventricoli con varî procedimenti, non hanno dato altro risultato all'infuori di quello di aumentare la mortalità. Così sono affatto sconsigliabili la asportazione dei plessi coroidei e la legatura della carotide. Meglio limitarsi alle punture ripetute. Il trattamento antiluetico deve essere sempre tentato.

DR.

La cefalea nasale.

(ATKINSON. *British Medical Journal*, 13 ag. 1927).

La cefalea può avere varia origine: a parte le forme dovute a fatti cerebrali diretti, si possono avere cefalee di origine intestinale, mestruale, oculare, tossiemica, dentaria, nasale.

Le forme nasali sono spesso misconosciute perchè legate ad affezioni del naso non sempre facilmente accessibili all'esame clinico.

Due condizioni nasali sogliono dar luogo più frequentemente a cefalea: le malattie dei seni e qualche forma di occlusione nasale. La causa più importante e più frequente è la prima, e la presenza insospettata di pus in uno o più seni produce molte sofferenze apparentemente di origine oscura. Al riguardo è opportuno notare che non sempre la suppurazione dei seni si manifesta con lo scolo di pus attraverso il naso, e che in molti il focolaio suppurativo si estrinseca esclusivamente con sintomi generali, deperimento, apatia, facile esauribilità fisica e mentale, e cefalea, che può essere diffusa o localizzata a seconda del seno affetto.

Le affezioni dell'antro mascellare provocano una cefalea tossiemica, talora frontale, talaltra diffusa, qualche volta descritta come neuralgia, e che generalmente si accentua alla fine della giornata.

Le affezioni del seno frontale sono accompagnate da cefalea di tipo ben definito. Il dolore è localizzato alla fronte immediatamente al di sopra dell'occhio, e talvolta può colpire un lato solo in modo da simulare una forma emicranica. Si ha al mattino, compare non appena il soggetto si leva dal letto, decresce gradatamente fino a scomparire nel pomeriggio. Talvolta può provocare vomito e disturbi oculari dal lato colpito in modo da completare il quadro classico dell'emicrania. Nelle forme croniche spesso la cefalea si ha a periodi: compare ogni mattina per due o tre settimane, ma la sua intensità diminuisce gradatamente fino a scomparire dopo settimane o mesi. Questi periodi coincidono con la comparsa di infezioni catarrali che riacutizzano la sinusite.

Le cellule etmoidali anteriori possono essere affette insieme ai seni frontali ed allora la cefalea è più persistente, non così tipicamente mattutina: non sono rari sintomi oculari, annebbiamento di vista e senso di pressione o di pulsazione nell'orbita. Questi sintomi fanno pensare che la cefalea sia di origine oculare, ma all'esame non si riscontrano vizi di refrazione, o se sono presenti la loro correzione con lenti non allevia il dolore. In tali evenienze s'impone l'esame radiologico, che spesso rivela la lesione dell'etmoide. La cura consiste nell'operazione intranasale dell'etmoide e drenaggio. Non sempre però si riesce ad eliminare del tutto la cefalea.

Un'altra causa di cefalea frontale è la condizione chiamata da Sluder cefalea da vuoto frontale. Dipende da occlusione del dotto fronto-nasale, con il consecutivo riassorbimento dell'aria nei seni, produzione di vuoto e congestione della mucosa: un meccanismo patogenetico analogo a quello dell'otite media catarrale cronica. Il sottile pavimento osseo del seno diventa molto sensibile alla pressione con il massimo di dolorabilità nel punto più sottile, cioè all'interno ed all'indietro del punto di attacco della carrucola del muscolo obliquo interno (segno di Ewing). Perciò i movimenti dell'occhio l'aggravano. Si tratta di

casi non comuni. L'affezione può essere provocata da deviazione del setto con ristrettezza della via nasale tale che il turbinato medio urta quasi la parete esterna del naso. Se a questa condizione anatomica si aggiunge un gonfiore catarrale anche lieve della mucosa il passaggio è completamente chiuso donde la cefalea su detta. La occlusione può essere data da processi infiammatori dell'osso o della mucosa con il conseguente edema oppure da polipi.

Le sinusiti posteriori sono meno spesso causa di cefalea cronica, che per altro non ha nulla di caratteristico. Si è detto che la suppurazione del seno sfenoidale può dare cefalea a localizzazione temporale od occipitale, ma ciò non avviene sempre. Ad ogni modo una cefalea di questo o di altro tipo, specie se associata a catarro postnasale o a croste, deve sempre far sospettare sinusiti posteriori ed indurre all'esame radiografico. Il drenaggio della parte lesa procura sempre un sollievo.

La rinite atrofica è talvolta accompagnata da grave cefalea. Questa si può avere anche quando non vi siano fetore e croste. La causa della cefalea pertanto è dovuta alla diffusione del processo atrofico alla mucosa dei seni.

L'occlusione nasale spesso dà cefalea senza dare effettive molestie in rapporto all'ostacolo del passaggio dell'aria, per modo che essa non viene attribuita alla anomala condizione del naso.

Vi sono adunque molti casi di cefalea cronica ricorrente di origine nasale senza segni evidenti di malattie nasali. La effettiva etiologia di tali casi viene molto spesso misconosciuta, attribuendosi la cefalea più facilmente a disordini oculari.

DR.

FEGATO E VIE BILIARI.

Diagnosi e cura delle affezioni sifilitiche tardive del fegato.

(L. FRANK e W. WORMS. *Deutsche med. Wochenschr.*, n. 22, 1927).

Il principale sintomo della sifilide epatica è l'epatomegalia. La palpazione del fegato è spesso difficile perchè gli ammalati di sifilide epatica sono di solito individui grassi, al contrario di quanto accade negli epato-pazienti non sifilitici. Nei casi in cui è possibile palpare bene il fegato attraverso l'abbondante pannicolo adiposo lo si trova talvolta anzichè lobato, diffusamente ingrossato, senza bozze. La consistenza del fegato ingrossato è aumentata ed è maggiore di quella del fegato da stasi. Anche la sensibilità alla pressione è maggiore nella epatite sifilitica che nel fegato da stasi. Spesso il dolore si irradia all'arcata costale sinistra ed al dorso. Meno costante dell'epato-megalia è la splenomegalia; il tumore di milza non permette di differenziare in tutti i casi la sifilide epatica dal carcinoma secondario del fegato che in rari casi si può accompagnare a tumore di milza. La sifilide epatica decorre spesso con febbre, talvolta continua, altre volte remittente od intermittente. Il decorso febbrile fa spesso erroneamente diagnosticare una influenza, una malaria, una sepsi. La febbre è di origine sifilitica, determinata dallo sfacelo e dall'assorbimento di tessuto specifico. Le forme di epatite interstiziale determinano un tipo di febbre continuo (assorbimento di gomme miliari) mentre la febbre a tipo intermittente è determinata dall'assorbimento di gomme grandi. Caratteristico della febbre sifilitica è la scarsa sua ripercussione sullo stato generale; nel sangue manca la leucocitosi, si nota una linfocitosi e lieve eosinofilia. Gli ammalati di sifilide epatica avvertono spesso un senso di tensione e di dolore all'addome; i dolori si irradiano al dorso. In alcuni casi i dolori hanno il carattere di coliche e possono condurre alla diagnosi errata di colecistite; essi sono determinati dalla propagazione di processi periepatitici al territorio della cistifellea. L'ittero è raro, esso si ha nei soli casi in cui grandi gomme occludono le vie biliari; è frequente invece una colorazione subitterica dei tegumenti. Quasi sempre l'urina contiene urobilinogeno ed urobilina. Nella sifilide epatica la reazione di Wassermann è non raramente negativa; iniziata la cura specifica la reazione diventa spesso positiva. Nella cura della sifilide epatica gli arsenobenzoli non sono sempre indicati; essi determinano un rapido assorbimento delle gomme e quindi notevole formazione di tessuto cicatriziale che retraendosi può in seguito soffocare il tessuto epatico ancora funzionante. Perciò la cura va iniziata con la somministrazione di mercurio. Scomparse in seguito alla cura mercuriale la febbre, l'epatomegalia e la dororabilità della regione epatica, si deve ricorrere alla cura bismutica per ottenere risultati duraturi.

POLLITZER.

Il trattamento chirurgico della litiasi biliare.

Nella litiasi biliare delle vie biliari accessorie (vescicola e cistico) si preferirà alla colecistectomia, che lascia la persistenza di una fistola ed espone alle recidive, la colecistectomia, operazione che non è pericolosa e che dà una mortalità

del 5,5 % (Hartmann), dell'1,2 % (Gosset) o dell'1,8 % (Fratelli Mayo su 2460 interventi).

Come conseguenze lontane si hanno: nel 54 % guarigione immediata e durevole; nel 37 % persistenza di piccoli disturbi (gastrici, intestinali dolorosi) che si attenuano col tempo; nel 3 % dei casi si sono avute recidive di colica epatica, nel 4 % stenosi digestiva perivescicolare, nel 2 % carcinoma nella regione operata.

La prognosi è migliore quando l'operazione è praticata presto. L'indicazione operatoria risulta dalle seguenti circostanze. 1) Ripetizione frequente delle coliche, stato di male vescicolare; 2) dimagrimento progressivo con impossibilità di uscire dal regime deficitario; 3) frequenza ed importanza degli accidenti febbrili, con tumefazione vescicolare od impastamento con difesa muscolare; 4) empiema vescicolare con tumefazione vescicolare e febbre permanente; 5) obliterazione del cistico, ma soprattutto quando il calcolo comprime la via principale e provoca degli attacchi di ittero.

Nella litiasi della via biliare principale, le statistiche operatorie segnano una maggiore gravità; Hartmann (rif. in *Journ. des Praticiens*, 8 genn. 1927) dà il 16 % globale, così diviso. 1) Casi iniziali, senza febbre, o con febbre moderata 10 % di morti; 2) casi operati tardivamente con infezione e febbre 30 %. Secondo Pauchet, la mortalità operatoria è del 5 % nei calcoli del coledoco senza ittero, del 20 % in quelli con ittero recente, fegato entro i margini, con frequenza del polso normale e dell'80 % nei casi con ittero antico, scuro, bruno-olivastro, con polso frequente.

Nei calcoli del coledoco, si deve quindi intervenire al più presto.

Le indicazioni operatorie sono: 1) persistenza dell'ittero oltre 10-15 giorni; 2) coesistenza di accidenti infettivi; 3) dimagramento progressivo; 4) impossibilità di uscire da un regime deficitario.

Anche i risultati lontani sono collegati con la precocità dell'intervento. Nei 62 casi di Hartmann, il risultato è stato subito perfetto in 29 e tale si è mantenuto. In altri 13, si sono avuti negli anni seguenti dei disturbi leggeri subittero, dolori alla regione epatica. In 10 casi so sono avuti accidenti gravi: ascite (1), cancro (2), itteri gravi (2), stenosi del coledoco (1), fistola biliare (1), pancreatite (1), recidive di calcoli (2).

L'operazione di scelta è la coledocotomia, con colecistectomia, seguita da drenaggio esterno o transvateriano, con tubo perduto.

fil.

Plastica delle vie biliari.

(GOEBEL. *Zentr. f. Chir.*, n. 31, 1927).

Le plastiche delle vie biliari sono diventate oramai frequenti. Gerlach ha riferito su 7 casi in vita da 7 a 8 anni. Torkeceva nel 1926 raccolse 35 casi nella letteratura di protesi del coledoco. Muzeneek, Idlicka Seulberger e Pollwem hanno fatto esperimenti sugli animali per la possibilità di rigenerazione delle vie biliari specialmente dell'epitelio mucoso. Müller ha usato un catetere a fungo per l'unione tra le vie biliari e il duodeno e Vogel un pezzo d'arteria di vitello di cui due rami venivano posti sui due dotti epatici e l'altro nel duodeno. Duval e André usano anche nelle colecistectomie non complicate un drenaggio del coledoco che esce attraverso la papilla nel duodeno.

L'A. ha praticato un metodo speciale di plastica biliare. In una donna di 45 anni operata di colecistectomia con aderenze gravi e nella quale fu drenato il coledoco ed il moncone del cistico, rimase una fistola biliare che dopo più di due mesi non si chiudeva. Le feci erano diventate completamente acoliche, la paziente deperiva. Dopo circa 3 mesi praticò la protesi della fistola col digiuno in questo modo: riaperto l'addome, fatto l'isolamento della fistola, escluse mediante entero-anastomosi un'ansa alta del digiuno di cui l'ansa afferente venne troncata e chiusa a fondo cieco; l'ansa efferente venne ristretta mediante una sutura siero-sierosa per circa 3 centimetri al disopra dell'anastomosi. Sulla cupola dell'ansa così esclusa venne infilato un drenaggio e fissato con sutura di catgut; 2-3 centimetri del drenaggio furono dall'altra parte infilati nella fistola e allora l'intestino venne assicurato con punti di sutura al fegato ed al peritoneo parietale. Al di sopra aggiunse uno strato di omento. Sutura della parete addominale lasciando nella parte superiore della ferita un drenaggio.

Il decorso post-operativo, tranne alcune elevazioni febbrili, fu buono e la ferita guarì bene. Una radiografia mostrò il drenaggio in sito. Le feci si colorarono, e dopo 9 mesi il drenaggio non era più visibile, la defecazione era normale

R. BRANCATI.

EPIDEMIOLOGIA.

Ricerche su un'epidemia di ittero infettivo.

(MACKIE e LACHLAN. *Edinbourg. Med. Jour.*).

Da vario tempo vengono segnalate in Inghilterra epidemie di ittero infettivo su cui si vanno eseguendo interessanti ricerche. Stevenson nel 1922, Bucharnan nel 1927 e altri hanno dimostrato

la prevalenza, come agente specifico, della leptospira icteroemorragica. I topi ne sono portatori, ciò è bene dimostrato. Il passaggio da persona a persona non è comune, ma si deve prendere in considerazione dato che si sono citati vari casi nella stessa famiglia e ad intervalli tali che il contagio appare assai probabile. Hindle e Brown (1925) riferirono di una epidemia di scolari in Inghilterra, che risultò dovuta alla spirocheta. L'A. riferisce le sue ricerche su sette casi che si svolsero in due sole famiglie, e a tale distanza da assumere il carattere di una epidemia circoscritta.

Per riconoscere questa malattia oggidì si deve considerare come necessaria la dimostrazione e la identificazione del microorganismo specifico. Questa è in genere possibile nei primi 4-5 giorni di malattia con l'inoculazione di 5 cmc. di sangue nel peritoneo di cavie; queste muoiono in 7-12 giorni con ittero intenso, e mostrano all'autopsia emorragie in varie parti del corpo, ma caratteristiche sopratutto sono le emorragie disseminate nei polmoni. Le spirochete si trovano nel sangue e in altri tessuti degli animali e una seconda inoculazione in altre cavie produce gli stessi effetti. Tali fatti sono prova inequivocabile dell'infezione. Dopo il decimo giorno di malattia le spirochete possono trovarsi nelle urine centrifugate, e mettersi in evidenza o con l'ultramicroscopio o con il metodo di Fontana.

Nel sangue o in culture artificiali la L. itteroemorragica è molto bene caratterizzabile, per le sue spire fini, molto strette, regolari, e con le estremità uncinate (*hooked*); nelle urine perde invece i suoi caratteri di nettezza. Nell'urina non solo essa può apparire morfologicamente alterata, ma anche devitalizzata o attenuata in virulenza, e pare che ciò sia dovuto alla reazione acida delle urine od alla presenza di elementi della bile. Appunto perciò le inoculazioni fatte con materiale urinario spesso riescono negative. Tutti gli AA. riconoscono le grandi difficoltà che si hanno per ottenere un risultato positivo con inoculazioni di urina.

In tutti e sette i casi dell'A., circa il decorso clinico, essi furono benigni; l'ittero comparve dopo tre o quattro giorni di malessere, la febbre fu mite, l'ittero perdurò pochi giorni, non si osservarono emorragie esterne. La malattia si svolse nei ragazzi di due famiglie, risparmiò gli adulti, e tutti i casi si verificarono a distanza di circa un mese.

Interessante è la coincidenza famigliare dei casi, e l'essersi essi verificati in soggetti giovani. La diagnosi di forma spirochetica si basò sul rinvenimento, nelle urine di tre malati, di spirochete atipiche. Abbiamo già visto come le urine possano rendere le spirochete atipiche e possano rendere negative le inoculazioni sperimentali. Non si potè rintracciare la sorgente della infezione. Tuttavia le precedenti considerazioni non possono certo essere inutili.

L. TONELLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Trattato di Crenoterapia per cura di ARNALDO TRAMBUSTI professore di Patologia generale della R. Università di Genova, in collaborazione con i proff. D. BARDUZZI - A. BENEDICENTI - G. BILANCIONI - G. BOERI - P. CANALIS - M. CANAVARI - G. CORONEDI - C. LOTTI - L. MANGIAGALLI - P. MARFORI - E. MARCELLI - R. NASINI - G. OVIO - N. PENDE - C. PORLEZZA - G. TUSINI - G. VIOLA - L. ZOJA, con 38 figure intercalate nel testo, e 2 tavole colorate. Vol. in-8° di 654 pagine. Casa editrice Dr. Francesco Vallardi, Milano. L. 68.

Due pregi singolari presenta questo trattato: la grande opportunità ed utilità, ed il valore scientifico notevole delle 19 monografie dei valentissimi idrologi.

Va tributata pertanto viva lode all'ideatore ed al preparatore solerte, rigoroso dell'opera originale, che segna la nuova èra scientifica della *Crenoterapia*, a cui è stata elevata dal vecchio empirismo idrologico finora predominante nella medicina pratica.

Per merito del chiaro prof. Trambusti e dei suoi valenti collaboratori oggi l'Italia si è arricchita di un'opera che dovrà correre nelle mani di tutti i medici che non devono e non possono rimanere ignari dei grandi progressi oggi compiuti dalla Idrologia medica, delle cui preziose sorgenti godono le nostre plaghe un ricchissimo patrimonio finora purtroppo grandemente trascurato ed ignorato.

Non è nostro intendimento di fare una particolareggiata recensione di ciascuna delle 19 erudite monografie sui singoli Capitoli della *Crenologia* e della *Crenoterapia moderna*, ma di richiamare soltanto tutta l'attenzione profonda dei medici, specie *idrojatri* su questo Trattato onde formar i una conoscenza fondamentale generale dell'odierno rinnovamento scientifico idrologico che il nostro grande Duce ha richiamato ora in onore in cospetto degli Idrologi di ogni Nazione convenuti a Roma in assise internazionale.

La prefazione del prof. Trambusti, quanto mai adeguata ed istruttiva, pone in evidenza la necessità del nuovo insegnamento scientifico idrologico universitario preparatorio mercè il sussidio della biologia, della chimico-fisica, della idrogeologia, perchè come apertamente dice il prof. SA-

BATINI l'insegnamento idrologico non deve essere più la palestra dei ciarlatani e dei fuoriusciti della scienza, o dei chiacchieroni camuffati da scienziati.

Ci limiteremo pertanto a dare l'elenco degli argomenti di ciascun Capitolo.

PARTE GENERALE.

1) BENEDICENTI. *Le cure termali nei tempi passati.*
2) CANAVARI. *Elementi di Idrologia e speciali considerazioni sulle Sorgenti termo-minerali.*
3) NASINI. *La Chimica e la chimico-fisica delle acque minerali. Classificazione.*
4) PORLEZZA. *La radioattività delle acque minerali.*
5) MARFORI. *Meccanismo d'azione delle acque minerali per uso idropinico.*
6) TRAMBUSTI. *Meccanismo d'azione delle acque minerali per uso di bagni, fanghi, stufe ed inalazioni.*
7) CANALIS. *L'igiene delle Stazioni climatiche e di cura.*
8) Elenco dei Comuni e Frazioni ove scaturiscono le Sorgenti di alcune fra le principali acque minerali italiane.

PARTE SPECIALE.

1) BARDUZZI. *Le indicazioni crenoterapiche nelle malattie cutanee.*
2) BILANCIONI. *Cure inalatorie con acque minerali in oto-rino-laringojatria.*
3) BOERI. *Crenoterapia nelle affezioni bronco-polmonari.*
4) CORONEDI. *Azione delle acque minerali sull'apparato uropoietico.*
5) MANGIAGALLI. *Le indicazioni crenoterapiche nelle malattie ginecologiche.*
6) MORSELLI. *La Crenoterapia nelle malattie del sistema nervoso.*
7) LOTTI. *Crenoterapia e norme dietetiche nelle malattie dell'apparato digerente.*
8) OVIO. *Indicazioni crenoterapiche nelle malattie oculari.*
9) PENDE. *La Crenoterapia nelle malattie del ricambio, ecc.*
10) TUSINI. *Le indicazioni crenoterapiche nelle affezioni chirurgiche.*
11) VIOLA. *Indicazioni crenoterapiche nelle malattie degli organi emolinfopoietici, negli esaurimenti e deperimenti organici con speciale riguardo al meccanismo d'azione delle acque arsenicali ferruginose.*
12) ZOJA. *Le indicazioni crenoterapiche nelle malattie del cuore e dei vasi.*

Questo semplice *annuncio* siamo certi, che susciterà su quest'opera di grande attualità la viva attenzione non solo di ogni crenologo ma di tutti i medici seguaci dei progressi della medicina moderna.

HY.

L. DEVOTO. *Climi, Acque, Soggiorni d'Italia.* Un vol. in 8° di pag. 203. A. Cordani ed. Milano, 1928. Prezzo L. 12.

Da molti anni il prof. Devoto si occupa con la competenza che gli è nota e con calda fede entusiastica dei problemi idroclimatologici italiani. Problemi che meritano davvero l'attenzione, perchè il nostro patrimonio nazionale così ricco e vario sotto tale riguardo non è ancora stato valorizzato e non è ancora conosciuto a dovere.

A questo intende il volume dell'A. che, nel tratteggiare a larghe linee significative la fisonomia idroclimatologica dell'Italia, nell'accennarne la storia avvivandola con ricordi personali, nel mettere in luce le caratteristiche essenziali sa trasfondere nel lettore l'entusiasmo che lo anima. Dalle nevi alpine fino a Sciacca ed a Tripoli è tutta una suggestiva visione di luoghi e di stazioni adatte per ricreare lo spirito e rinvigorire il corpo.

È da augurarsi che il seme gettato a larghe mani dall'A. dia i frutti sperati e che le nostre numerose e belle stazioni di cura e di soggiorno siano sempre meglio conosciute e sempre più frequentate.

fil.

HAUSSMANN e KOLK. *Handbuch der Lichttherapie.* Pag. 440, con 106 figure. Julius Springer, Vienna, 1927. Marchi 36.

Il libro è scritto con la collaborazione di parecchi AA., a cui sono stati affidati dei singoli capitoli. Bernhard riferisce sullo sviluppo storico della fototerapia; Exner di Vienna sulla fisica dei raggi solari e del cielo; Hauer di Vienna sulle sorgenti artificiali di luce e sui metodi di misura dell'ultravioletto; Haussmann sui fondamenti della fototerapia; Pollitzer sulle modificazioni dei tessuti normali e patologici.

Ma la maggior parte del volume (300 pagine) è essenzialmente clinico: Bernhard ha scritto il capitolo sulla elioterapia nelle malattie chirurgiche e Chiewitz sulla fototerapia artificiale nelle stesse: Huldschinski la fototerapia nelle malattie dei bambini; Lang nelle forme ginecologiche; Laqueur nelle malattie interne; Sorgo sulla fototerapia nella tubercolosi; Strasberg nelle malattie dell'orecchio, naso e gola; Urbanek in quelle dell'occhio; Volk in quelle della pelle.

Il libro è un trattato veramente completo in tutti i suoi capitoli e con un'impronta veramente

clinica: la prima parte tecnica è ridotta al puro necessario e per questo si distingue da tutti i trattati finora pubblicati, mentre la terapia nelle varie malattie è trattata a fondo e aggiornata di tutte le più recenti ricerche.

Il libro è raccomandabile sotto tutti gli aspetti e purtroppo in italiano sarebbe desiderabile un libro così completo sull'argomento.

E. MILANI.

PAUL DUHEM. *La diathermie et ses applications médicales.* Gauthier-Villars, editore, 1928, Parigi. Un volume in-8° di 72 pagine. Fr. 10.

Il piccolo volumetto fa parte della collezione delle attualità fisioterapiche pubblicate per cura dello stesso Duhem. Metà del volumetto è occupata dalla descrizione degli apparecchi e dalla tecnica delle applicazioni; l'altra metà è occupata da due capitoli: azione fisiologica della diatermia (effetti sulla circolazione, sugli scambi respiratori, sulla secrezione urinaria, sul sangue, sul sistema nervoso) e azione terapeutica della diatermia (negli ipotermici, nel reumatismo cronico, nei disturbi di circolo, nelle malattie del sistema nervoso e specialmente nella poliomielite, nelle affezioni dell'apparato digerente, ecc.).

La piccola mole del libro non permette una trattazione esauriente di molte materie, ma tuttavia le nozioni date sono frutto di esperienza personale e sono sufficienti al medico pratico che vuole conoscere quello che può ottenere con la diatermia.

E. MILANI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società fra i Cultori delle Scienze Mediche e Naturali in Cagliari.

Seduta dell'8 dicembre 1927.

Presidente: Prof. B. L. VANZETTI.

Il soma dei Sardi sani e tubercolotici secondo i concetti costituzionalistici.

Dott. G. SCAGLIA (Istituto di Anatomia, R. Università). — L'O. seguendo il metodo antropometrico del Viola ha studiato le costituzioni somatiche dei Sardi sani e tubercolotici sopra un materiale abbondante costituito da 235 soggetti appartenenti a tutte le classi sociali e quindi da individui sottoposti al più diverso tenore di vita.

Dopo varie considerazioni, rilevata la prevalenza delle basse stature degli adulti, nonostante che le dimensioni medie del neonato cagliaritano non siano minori di quelle di alcune altre regioni italiane, l'O. ritiene che le basse stature degli adulti Sardi dipendano da un complesso di cause paratipiche perturbanti l'accrescimento somatico e agenti sul definitivo fenotipo e non siano conseguenza di cause genotipiche.

Nelle costituzioni somatiche dei sani rileva una forte prevalenza di longitipie (75.75 %), la più elevata riscontrata finora in Italia, e constata che i tubercolotici misurati sono quasi tutti (98 per cento) longitipi, ma con eccedenze più elevate che nei sani.

Conclude che essendo le misure del metodo del Viola essenzialmente scheletriche, lo stato di nutrizione organica ha su di esse un'influenza praticamente trascurabile e in conseguenza che il deperimento organico che quasi sempre accompagna la tubercolosi polmonare, non può nell'adulto creare l'abito tisico, nè cancellare l'abito apoplettico.

Prof. M. BOLAFFIO. — Ha eseguito misurazioni antropometriche fra le donne del Cagliaritano e trovato frequenti note di infantilismo somatico come il bacino rotondeggiante dell'Alfieri, l'appiattimento trasversale del torace e la brevità relativa della distanza pubo-ombellicale. Ha rilevato inoltre la frequenza della brevità relativa degli arti superiori e quella grandissima dell'abito astenico con tutte le sue conseguenze.

Prof. V. DESOGUS. — Nel 1914 si occupò, sotto la direzione del prof. Luigi Zoja, nella Clinica Medica di Sassari, di ricerche di morfologia clinica nei malarici. Si trattava di misurare, secondo i precetti della scuola di Padova, malarici di vario tipo morfologico e di vario grado d'andamento dell'infezione; di misurare poi il fegato e la milza allo scopo di vedere se nei macro- e microsplancnici la spleno- ed epatomegalia fosse di egual grado. Egli costruì la tabella dei gradi per l'uomo sardo. E per stabilire la statura media di esso si servì dei dati forniti da Livi e da

Ardu-Onnis. La statura media per l'uomo sardo risultò di cm. 159,17.

Dalle osservazioni fatte risultò che tutti gli individui studiati erano megalosplancnici, uno solo (su 20) era lievemente microsplancnico. Tra i malarici in atto i gradi più avanzati di splenomegalia corrispondevano ai gradi più alti di megalosplancnia. Ma fu osservata anche megalosplancnia di decimo grado senza spleno- nè epatomegalia, e senza malaria nè in atto nè pregressa. Dal complesso delle osservazioni fatte si era condotti al pensiero della possibile esistenza di un *abito malarico*.

Dal punto di vista pratico l'O. concludeva che nei megalosplancnici la prognosi dell'infezione malarica fosse migliore; e che la terapia fosse dall'organismo più efficacemente coadiuvata.

Prof. G. BENASSI. — D'accordo con Bolaffio, ritiene che queste ricerche abbiano un'importanza non minore dal punto di vista etnico e antropologico che clinico. Sarebbe bene pertanto operare su delle serie piuttosto lunghe. Inoltre il criterio morfometrico è insufficiente ad affrontare alcuni problemi, ai quali meglio conviene un criterio morfologico puro. Ricorda le ricerche del Romanese sui gruppi sanguigni in Sardegna. Non concorda però con Bolaffio nell'ammettere che alcuni caratteri morfologici (ad es. il segno di Stiller) possano rappresentare caratteri patologici acquisiti e poi trasmessi per eredità, contrastando questa interpretazione con quanto in massima si conosce oggi sulla trasmissibilità dei caratteri acquisiti.

Prof. L. CASTALDI. — Constata una conformità di vari reperti dello Scaglia con quelli trovati da Bolaffio con altro metodo.

Osserva al prof. Benassi che i dati del Bolaffio ora comunicati e quelli del Romanese si ricollegano a dimostrare il tipo antropologico mediterraneo del Sardo. Quanto all'essere il Sardo longilineo e quindi iperevoluto secondo il Viola, e avere gruppi sanguigni di tipo inferiore secondo il Romanese, non crede si debba confondere quelli che sono caratteri antropogeografici e quello che è il concetto di iperevoluzione del Viola nell'adulto di ciascun popolo rispetto al bambino. Del resto l'O. non è troppo persuaso di questo concetto di ipo- ed iperevoluzione del Viola, pur essendo uno dei più fervidi seguaci delle sue idee. Al prof. Desogus osserva che la malaria deformando l'addome, può far sembrare al calcolo del metodo Viola megalosplancnico un individuo in realtà di costituzione originariamente microsplancnica, dal che certamente sono dipesi i suoi risultati. Questi valgono a stabilire non un tipo morfologico, ma a dimostrare quanto la malaria possa modificare un tipo morfologico preesistente nell'individuo.

Dott. G. SCAGLIA. — Si associa alle osservazioni del prof. Castaldi. Si compiace che vari suoi dati antropometrici concordino perfettamente coi corrispondenti trovati dal prof. Bolaffio con altri metodi.

Ritiene che i risultati opposti sul tipo morfologico sardo trovati dal prof. Desogus esaminando soggetti malarici con notevole grado di epatosplenomegalia non infirmino nè la bontà del metodo del Viola, nè i propri risultati, perchè il metodo in questione in tanto porta a dati paragonabili in quanto viene applicato a soggetti sani o quanto meno ad individui esenti da deformità scheletriche e da influenze patologiche sulla crescita, come il Viola stesso afferma. Lo studio del prof. Desogus non porta alla constatazione di un *abito malarico* ma piuttosto rivela alcune deformità che la malaria procura in determinati episodi del suo quadro tanto polimorfo.

Stato mentale e psicosi dei lebbrosi.

Prof. L. DE LISI (Clinica delle Malattie nervose e mentali, R. Università). — L'O. riferisce le osservazioni da lui praticate sui lebbrosi ricoverati nel Lebbrosario di Cagliari, intorno al loro abituale stato mentale e alle psicosi osservate. In base ai propri rilievi e ad un'analisi della letteratura nega l'esistenza di psicosi lebbrose e ammette soltanto, come relativamente frequenti nei lebbrosi, episodi distimici e più specialmente episodi di depressione psicogena; onde le sole cause di disordini mentali nella lebbra sono da imputare a fattori d'ordine psichico, e quindi dovuti indirettamente alla lebbra stessa.

L'O. nega la forma cerebrale di lebbra ammessa dall'Austregesilo accanto alla forma nevrotica e a quella rizopatica.

Una colecistectomia per calcolosi a calcolo emesso.

Prof. G. BAGGIO (Istituto di Patologia Speciale Chirurgica, R. Università). — L'O. riferisce il caso di una donna di 28 anni che fu colta da un primo attacco di colica biliare nel settembre 1926, mentre era sofferente di paratifo, e nel maggio 1927 fu operata di colecistectomia per la ripetizione incalzante delle coliche che si succedettero. Dopo l'ultima colica era stato rintracciato nelle feci un calcoletto moriforme di sali e pigmenti biliari. La cistifellea asportata, invece, calcoli non ne conteneva più.

L'O., pure ritenendo il suo caso raro, si domanda se si sia ripetuta altre volte questa condizione di calcolosi mantenutasi fino all'ultimo momento prima dell'operazione e non più riscontrabile all'operazione stessa, in quelle numerose cistifellee che sono asportate con la diagnosi di colecistite più o meno granulosa o nelle ritenzioni biliari attribuite a spasmi dello sfintere o dei dotti.

L'esame batteriologico accurato e completo della cistifellea (bile e parete) escluse la presenza di germi infettivi, per cui l'O. nega in questo caso la sostenibilità della teoria del Naunyn.

Ritiene di aver operato in piena armonia col concetto terapeutico chirurgico della calcolosi biliare avendo asportato la cistifellea anche se non conteneva più calcoli, dato che calcoli aveva emesso fino a quel momento.

Crede pure di avere eseguito una tecnica corretta chiudendo l'addome di prima intenzione.

Prof. L. FERRANNINI. — Fa notare che l'assolutismo della teoria del Naunyn non è più sostenibile, ed il caso in parola potrebbe esserne una dimostrazione. E poichè oggi si tende a ritenere come dovute a fatti spastici molte sindromi riferite finora a calcolosi biliare, è d'avviso che si debba per lo meno essere guardinghi prima di procedere all'estirpazione della cistifellea.

Prof. G. BAGGIO. — L'O. si rallegra della demolizione che il prof. Ferrannini fa della teoria del Naunyn, ma rileva che tale demolizione non risulta ancora in forma dichiarata, nelle varie pubblicazioni che si occupano di calcolosi biliare. Quanto poi alle vedute sulla opportunità o meno di asportare la cistifellea in casi come quello riferito dall'A., esse ripetono il disaccordo parziale che si mantiene ancora fra medici e chirurgi. Disaccordo però, che potrebbe essere sanato — anzi che è sanato — fra medici che siano a contatto con chirurgi e chirurgi serii.

Il Segretario: Dott. P. ATZENI TEDESCO.

Società di Cultura Medica Novarese.

Seduta del 7 novembre 1927.

Presidente: Prof. M. ARTOM.

Epilessia Jacksoniana dell'orbicolare delle palpebre e del laringe da glioma del solco prerolandico di destra. Operazione. Guarigione clinica.

Dott. GIUSEPPE VERCELLI (Milano). — L'O espone il caso, osservato nella clinica delle Malattie Nervose e Mentali dell'Università di Milano, di un ragazzo di 14 anni, affetto fin dai primi mesi di vita da epilessia jacksoniana, in cui gli accessi avevano costantemente inizio con contrazioni tonico-cloniche dei muscoli laringei e dell'orbicolare delle palpebre di sinistra. La diagnosi di sede della lesione centrale è confermata dall'intervento operativo, mediante il quale viene asportato un grosso tumore gliomatoso, situato nella regione del solco prerolandico di destra, contro il piede della frontale ascendente; adiacente al tumore, in corrispondenza del piede della seconda circonvoluzione frontale si trova una grossa cisti sierosa.

Il p. trattato in seguito con applicazioni di roentgenterapia profonda, può oggi considerarsi clinicamente guarito, essendo gli accessi convulsivi completamente scomparsi.

L'O. rileva il valore del caso come conferma dell'esatta ubicazione del centro motore per l'orbicolare nel piede della seconda frontale e di quello per i muscoli laringei nel piede della frontale ascendente; sostiene l'origine corticale del laringospasmo contro il concetto di laringospasmo bulbare.

Microbismo latente in diverse condizioni fisiologiche e patologiche.

Dott C. F. BIANCHETTI (Ospedale Civile Varallo Sesia). — Dal complesso di ricerche eseguite (Istituto di Bact. Univ. di Torino) conclude che non contengono generalmente batteri gli organi e tessuti interni (fegato, milza, rene, muscolo) e il sangue della cavia normale sia che il materiale d'esame sia prelevato dall'animale in vivo, sia dopo la morte dell'animale in diverso modo ucciso (dissanguamento totale, etere, soffocazione). Uguali reperti negativi si hanno per lo più nella cavia in condizioni di digiuno assoluto. Non così negli animali in stato di progressiva inanizione relativa, nei quali si riesce di sovente a riscontrare dei batteri (cocchi, micrococchi, stafilococchi) e bacilli coli-, simili, proteus, subtilis, mesentericus). La positività dei reperti è ancora più frequente, anzi si può considerare costante nel caso di animali in avitaminosi. E dall'esame comparativo delle diverse diete avitaminiche o non, totali o parziali, sembra che l'assenza del fattore accessorio abbia maggiore significato nel processo di invasione batterica nei diversi organi, di cui, i più colpiti sarebbero il polmone, il fegato, il muscolo. I germi riscontrati fanno pensare ad un'immigrazione dall'intestino. È molto probabile che il fenomeno debba riferirsi ad alterazioni delle pareti intestinali in dipendenza dell'avitaminosi, per cui esse divengono più permeabili ai batteri.

Sul trattamento del pio-pneumotorace tubercolare.

Dott. V. DE BENEDETTI (Ivrea). — L'O. espone 8 osservazioni personali. Con lavature ed iniez. endopleuriche di iodipina e Calot ha ottenuto 2 guarigioni definitive, due miglioramenti temporanei. Nei pneumotoraci perforativi (2 casi) l'oleotorace alla Bernou e le lavature con septoiod hanno dato risultato infausto. Due casi trattati con toracoplastica sono deceduti l'uno per meningite basilare, l'altro per caseosi polmonare diffusa.

Il trattamento conservativo dà buon affidamento nel piotorace non complicato; ma spesso bisogna anche qui far seguire toracoplastica per evitare una riespansione del polmone.

Nei casi con fistola broncopleurica il metodo conservativo è da rigettare: perciò o procedere a toracoplastica extrapleurica seguita da aspirazione del pus od aprire largamente la cavità toracica tamponando direttamente la fistola bronchiale (Sauerbruch). Ambedue gli interventi sono assai rischiosi, ma non affrontandoli, si abbandona quasi sempre ogni possibilità di salvezza.

Tabe senza reazione meningea.

Dott. V. DE BENEDETTI (Ivrea). — L'O. ritiene che la tabe senza reazione meningea (o con reazione incompleta e banale) sia frequente. Ne vede la ragione nel quadro anatomico della tabe (poussée di lesioni meningo-radicolari seguite da degenerazione ascendente dei fascicoli posteriori).

Perciò delle molte ipotesi avanzate per giustificare l'assenza di reazioni meningeali nella tabe ritiene più plausibili quelle che attribuiscono la negatività sierologica alle pregresse cure specifiche ed alla fissità anatomo-patologica delle lesioni tabetiche. Comunque in presenza di tabi, clinicamente tali, occorre abituarsi ai responsi stranamente negativi delle prove di laboratorio.

La deferentectomia e la terapia generale nella cura della tubercolosi genitale.

Prof. O. CIPOLLINO. — L'O. nella cura tbc. chirurgica genitale sola dà la preminenza alla cura medica generale e locale (iniezioni di Durante) e alla deferentectomia (quando la terapia medica non raggiunge lo scopo) perchè:

1) se il focolaio è primitivo colla deferentectomia, esso è completamente isolato per la via canalicolare; per quella linfatica e sanguigna, data l'atrofia secondaria del testicolo resa molto meno facile;

2) l'atto operativo è facile, in terreno asettico non immette nel circolo sanguigno materiale infetto (meningiti dopo la epididectomia!) non obbliga l'ammalato molto tempo a letto;

3) è meno frequente la tbc. immediata dell'altro epididimo;

4) l'endocrinismo testicolare può darsi non venga completamente spento;

5) psicologicamente è bene accetto al paziente;

6) l'atrofia del testicolo concorre essa stessa a spegnere il processo infettivo.

Un caso di escoriazioni neurotiche.

Prof. ARTOM (Novara). — L'O. presenta il caso di una ragazza di 13 anni, la quale si è presentata all'ambulatorio per un'affezione cutanea limitata al braccio sinistro, costituita da numerosissime lesioni di continuo, interessanti tutti gli strati cutanei, di forma e dimensioni pressochè uguali, aventi sede alla faccia dorsale della mano e alla faccia interna del braccio e dell'avambraccio. Per tutti i caratteri da esse presentati le lesioni di continuo appaiono prodotte da uno strumento tagliente, assumendo l'aspetto della ferita che residua ad una piccola biopsia cutanea. Interrogata la paziente questa si rifiuta di dare delucidazioni e nega l'autolesionismo. Si ricovera in una camera dell'Ospedale lasciandole i vestiti proprii e facendola nascostamente vigilare dall'infermiera di servizio notturno. Nella seconda notte di degenza ospitaliera l'infermiera sorprende la malata mentre con una forbice da ricamo si sta producendo sul braccio una ferita simile alle precedenti. L'infermiera afferma che la paziente non era nè in istato ipnotico nè insubcoscienza, ma che essa era perfettamente sveglia e normale. Visitata da un internista la ragazza, questi non riscontra in essa deviazioni psichiche nè segni d'isterismo. Interrogata al mattino successivo alla sorpresa notturna la paziente, questa afferma che con le forbici intendeva liberarsi da elementi rilevati, duri, numerosissimi che le si erano andati formando sulla cute del braccio. Invitata la ragazza ad indicarci tali efflorescenze cutanee appare subito come queste altro non fossero che le normali creste epidermiche.

L'O. afferma che all'origine di tali dermopatie stanno due fattori: uno lo stato psicopatico del malato, l'altro una condizione somatica consistente in una lesione anatomica spesso minima che attira l'attenzione del paziente, lo inquieta, lo spinge a ricorrere all'unghia o ad uno strumento per liberarsene e lo conduce a poco a poco ad uno stato di eccitazione e quasi di allucinazione per cui le forme cutanee da lui temute gli appaiono moltiplicate, la loro gravità esagerata, il bisogno di asportarle impellente.

Un caso clinico di setticemia tipo mite da Streptococcus viridans.

Dott. G. MARTELLI. — L'O. espone un caso di donna cinquantenne che dopo un inizio nettamente a tipo reumatico presenta segni di setticemia con anemia grave: non segni di lesioni cardiache nè renali. L'emocultura diede (prof. Zironi) streptococcus viridans; curata con preparati proteinici la paziente è guarita.

Primo caso di acariasi da riso in provincia di Novara.

Dott. LUIGI FERRERO. — Espone un caso di eruzione pruriginosa osservato in un agricoltore di 53 anni da Borgoticino, caratterizzato da elementi eritemato-papuloidi e panfoidi, con vescicole e pustole: coriza con accessi dispnoici: deperimento notevole. Il paziente riferiva di avere portato poco tempo prima dei sacchi di riso vecchio. Fu esaminato questo riso ed in esso furono trovati numerosi esemplari di pediculoides ventricosus. Propriamente curato il paziente è guarito.

Un caso di eritema centrifugo di Darier.

Dott. A. NOBILI. — È il caso di una bambina di 13 anni che due mesi dopo un primo attacco di reumatismo articolare acuto presentò con nuova poussée di lesioni articolari chiazze eritematose alle spalle, alla faccia, al dorso, e al collo: queste assunsero ben presto un aspetto figurato ad anello e ad archi di cerchio legati. Cutireazione positiva e segni di sclerosi apicale destra. Nessun risultato con una cura tubercolinica: miglioramento invece con una cura salicilica: dopo qualche tempo però seguì una nuova poussée degli stessi elementi. In tutto l'affezione durò 5 mesi.

L'O. mette in evidenza i rapporti con la tubercolosi e con il reumatismo, è proclive a considerare che diversi fattori tossici possono causare gli e. a. ma ritiene che nel suo caso questo è di origine reumatica.

Il Segretario: Dott. PIERO FORNARA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Un caso di linfogranulomatosi maligna (malattia di Hodgkin).

Viene descritto da F. P. Weber e O. Bode (*Lancet*, 15 ott. 1927).

Si tratta di un individuo di 36 anni, il quale cominciò ad accusare forte dolore alla spalla sinistra, deperimento, febbre modica irregolare.

Le ricerche di laboratorio praticate misero in rilievo l'esistenza di una spiccatissima eosinofilia.

Dopo qualche tempo si palpò profondamente nella metà sinistra dell'addome una massa solida irregolare, che andò sempre più ingrossando. La comparsa finale di prurito cutaneo, misto agli altri sintomi, indirizzò la diagnosi verso la linfogranulomatosi maligna, originata dalle ghiandole linfatiche retroperitoneali, e la necroscopia offrì la conferma.

Nel cadavere si ritrovarono delle placche linfo granulomatose ulcerate nel digiuno e una infiltrazione linfogranulomatosa diffusa del grasso epidurale, per tutta l'altezza del midollo toracico.

Gli AA. mettono in rilievo i seguenti punti:

Decorso acuto del processo (circa 4 mesi), come normalmente non avviene.

Inizio dalle ghiandole retroperitoneali, fatto anche questo piuttosto raro.

Interessamento dell'intestino.

Eosinofilia intensa (20-45 %).

Prurito terminale, invece che iniziale, come comunemente si osserva.

Infiltrazione linfogranulomatosa epidurale, la quale, secondo gli AA., non sarebbe tanto difficilmente constatabile, qualora si procedesse nelle autopsie alla sua ricerca sistematica, pur non essendo esistiti in vita segni di lesione nervosa.

M. FABERI.

La paraplegia del morbo di Hodgkin.

La paraplegia non è tra le più frequenti manifestazioni del morbo di Hodgkin.

Talora si tratta di una compressione diretta della produzione linfogranulomatosa sul midollo spinale o sulla cauda equina.

In qualche raro caso si è invece trattato di alterazioni spinali prodotte dalle applicazioni radioterapiche.

In un caso, descritto da East e Lightwood (*Lancet*, 15 ott. 1927), si ritrovò all'autopsia che il processo morboso aveva invaso il canale vertebrale attraverso ai forami laterali, aderendo alla duramadre, e strozzando il midollo e le radici.

In un altro caso, descritto da D. Forrest (ibid.), la lesione riscontrata *post mortem* consistette invece in una degenerazione del fascicolo di Goll nel midollo cervicale, e della parte centrale dei fasci dorsali nel restante midollo. Vi era inoltre una modica degenerazione nei fasci piramidali ventro-laterali e laterali di sinistra della regione cervicale superiore, e in ambedue i fasci piramidali della regione sacrale, con modici fatti degenerativi anche a carico delle cellule delle corna anteriori, per tutta l'altezza del midollo.

Tale degenerazione sistemica, che non trova riscontro nelle forme conosciute in neuropatologia, fa ammettere all'A. che la patogenesi della paraplegia, in questo caso, possa essere spiegata da uno dei seguenti fatti: 1) azione di tossine generate dal granuloma; 2) compressione dei vasi spinali da parte del granuloma; 3) conseguenza della grave anemia.

Data quindi la molteplicità delle cause patogenetiche della paraplegia nella malattia di Hodgkin, conviene che le ricerche anatomiche si moltiplichino, non trascurando il midollo spinale.

M. FABERI.

Casi di leucemia in seguito a cure di dimagramento.

Curschmann (*Klinische Wochen.*, n. 6, febb. 1927) riferisce quattro casi di leucemia insorti durante una cura dietetica mista a cura opoterapica.

I due primi casi riguardano due donne, rispettivamente di 44 e 55 anni, le quali per dimagrire si sottoposero ad una dieta rigorosa, e ad un trattamento tiroideo. In entrambe il peso diminuì, ma dopo qualche tempo comparvero dolori vaghi, stanchezza, accessi febbrili; in una sindrome emorragica; in un'altra adenopatie cervicali e splenomegalia.

L'esame del sangue mostrò una formula tipica di leucemia acuta; in una si ebbero globuli bianchi 55,100, con 85 % di linfociti.

Due altri casi, in condizioni analoghe — una però sottopostasi alla sola riduzione dietetica e non opoterapica — ebbero la comparsa di una forma di leucemia mieloide cronica.

Data l'incertezza che ancora regna sulla etiologia delle leucemie, l'A. riferisce questi casi importanti, e pensa che la diminuita resistenza organica, e forse anche la cura tiroidea possono aver influito sugli organi ematopoietici.

CARUSI.

Mononucleosi infettiva.

I. J. E. Cotrell (*Amer. Journ. Med. Sciences*, apr. 1927) descrive 12 casi di « mononucleosi in-

fettiva ». Caratteristiche essenziali sono: febbre più o meno elevata, a decorso acuto, e sintomi correlativi alla febbre; linfocitosi, fino al 40 % dei numero totale di leucociti; leucocitosi; linfoadenopatia; splenomegalia; angina di varia intensità: da semplice iperemia delle fauci a processi essudativi ed ulcerativi che interessano le tonsille, l'ugola, la parete faringea; in queste lesioni si repertano i germi di Vincent. La prognosi è invariabilmente favorevole; le complicazioni sono quasi sconosciute. L'A. crede che il quadro clinico ed ematico sia abbastanza definito per far ammettere un'entità morbosa.

L. V.

TERAPIA.

La cura delle emorragie intestinali.

Per la cura delle emorragie intestinali conviene innanzi tutto far la diagnosi di sede e di natura delle lesioni che provoca la fuoriuscita di sangue.

Il sangue proveniente dalle ultime parti dell'intestino, ano, retto e intestino grosso, è rosso; quello proveniente dall'esofago, dallo stomaco e dal duodeno è brunastro.

Nel primo caso l'enterorragia deve far pensare alle emorroidi o al cancro. La diagnosi è fatta solo a mezzo della rettoscopia. In caso di cancro occorre senz'altro l'intervento chirurgico. La cura delle emorroidi consiste nell'uso di lassativi non irritanti, come l'olio di vaselina (un cucchiaio da tavola a digiuno) o il lin seme, la coreina (un cucchiaio da tavola durante i pasti). Si somministrerà contemporaneamente la belladonna, un centigramma prima dei due pasti principali. Localmente si faranno enteroclismi di 500 grammi di acqua calda, nella quale si discioglie un cucchiaino di allume.

Le enterorragie dei ragazzi possono essere provocate da invaginazione intestinale, per la quale occorre l'immediato intervento chirurgico.

Negli adulti le enterorragie possono essere dovute ad ipertensione arteriosa, cirrosi epatica, a cardiopatie, ed emofilia, ad avvelenamenti, a scottature, ad affezioni gastriche e duodenali. In tali casi le emorragie si curano con il trattamento dell'affezione causale.

Le enterorragie tifose si trattano con il riposo assoluto, soppressione dei bagni, somministrazione di cloruro di calcio (3-5 gr. al giorno), eventualmente iniezioni di gelatina.

Nelle enterorragie da enterite muco-membranosa si consiglierà la belladonna, l'olio di vaselina, la dieta vegetariana. Quelle da dissenterie bacillari si curano con il siero antidissenterico, e quelle da dissenteria amebica con l'emetina.

In tutte le malattie infettive a tendenza emorragica (porpora, febbri eruttive, febbre gialla, ecc.) si prescriverà il cloruro di calcio.

Nelle enterorragie persistenti somministrare chinino a piccole dosi (centigrammi 40 al giorno) e tre cucchiai al giorno della seguente pozione:

Gelatina	gr.	20
Adrenalina al millesimo	»	1.50
Soluzione fisiologica	»	200

Nelle emorragie da tubercolosi intestinale occorre sopprimere dalla dieta il latte, le uova, la carne, e dare riso, paste, purées. Come medicamenti dare bismuto e tannigene associati.

DR.

Il treparsol nelle dissenterie.

G. Maire (*Le Bulletin médical*, anno LX, n. 19) lo ha somministrato come segue. Alla sera, un leggero purgante salino; l'indomani, inizio della cura con quattro compresse al giorno (2 al mattino e 2 alla sera), sciolte in mezzo bicchiere di acqua; continuare per altri tre giorni. Sospensione di tre giorni e successiva ripresa per altri quattro giorni. Tale ritmo è basato su quello dell'eliminazione urinaria del rimedio, in quanto che i tre giorni di riposo sono il tempo necessario per non avere più traccia di arsenico nelle urine.

Dalle numerose esperienze dell'A., risulta che il treparsol costituisce un rimedio di primo ordine per il trattamento delle dissenterie. Nelle forme amebiche acute, esso deve essere associato con l'emetina; si può in tal modo ottenere la rapida sterilizzazione del malato. Esso è da considerarsi come il medicamento di scelta nelle dissenterie amebiche croniche; la sua azione è paragonabile a quella dello stovarsol. È pure uno specifico della diarrea da flagellati e specialmente di quella da trichomonas e delle lambliosi, specialmente nelle loro forme cistiche.

Il treparsol renderà poi spiccati servigi nelle diarree tenaci specialmente post-tifose.

fil.

Trattamento chirurgico della invaginazione intestinale dei bambini.

Suermondt (*Deutsche Zeit. f. Chir.*, vol. 198, pag. 173, 1926) premette qualche osservazione sulla sintomatologia; nei casi osservati ha notato costantemente oltre la presenza di sangue nelle feci l'esistenza di una tumefazione endoaddominale a salsicciotto. Ha trovato anche un segno su cui ha insistito Camera e cioè la perdita di tono dello sfintere anale.

In rapporto alla terapia consiglia l'intervento quanto più precoce possibile, già dopo le prime 24 ore la mortalità è del 20 %, cresce poi rapida-

mente così che dopo 36 ore è già del 50 %. L'operazione viene eseguita in narcosi eterea cercando accuratamente di evitare al bambino qualsiasi causa perfrigerante. Trovata l'invaginazione si tenterà di ridurla facendo pressione sull'estremità dell'invaginato esercitando solo trazioni minime sull'intestino. Se non si riesce a ridurre l'invaginazione o se l'intestino presenta lesioni gravi è necessario di praticare una resezione intestinale.

Ridotta l'invaginazione alcuni AA. hanno pensato di fissare l'intestino per impedire una recidiva. Di solito questa non avviene perchè l'intestino prende subito larghe aderenze. L'A. consiglia di adottare un metodo da lui esperimentato con successo in 25 casi. E precisamente esegue una ciecopessia fissando l'appendice alla pelle facendola passare attraverso un piccolo orifizio che pratica vicino alla Sp. I. A. S. prima di chiudere la parete. In questa maniera oltre a ottenere una ciecopessia in modo rapido può anche, se insorgono fenomeni di ileo, creare una fistola intestinale con la semplice decapitazione dell'appendice. Se è stata praticata una sutura intestinale un tubo di gomma passato attraverso l'appendice e introdotto nell'ileo rappresenta il modo più sicuro per mettere a riposo l'ansa suturata.

VALDONI.

Nella diarrea comune dei poppanti.

G. Blechmann (*Les consultations journalières*) consiglia:

1) Regolare l'allattamento, dando le poppate ad ore fisse e facendo pesare il bambino dopo la poppata per evitare delle razioni troppo copiose.

2) Sostituire una o due poppate con acqua bollita od acqua di tiglio leggera, appena zuccherata; oppure, prima dei 5-6 mesi, con un poppatoio di latte in polvere; dopo i 5 mesi, invece con una pappa maltata, fatta con acqua e farina, senza latte.

3) Somministrare l'acqua di calce officinale (g. 90), con sciroppo diacodio (g. 10-15) e sciroppo di cotogna q. b. per fare 125 g. Se ne dà un cucchiaino prima di ogni poppata. La dose è sufficiente per 4 giorni.

4) Nei casi tenaci, prescrivere il sottonitrato di bismuto (cg. 50) in sciroppo di gomma (cmc. 30). Agitare bene prima di servirsene; 2-4 cucchiaini ogni 24 ore.

5) Non somministrare mai purganti; eventualmente qualche piccolo clistere con decotto di radici di malva o di amido.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla mobilità della soglia renale per lo zucchero.

Secondo l'illustre fisiologo Cl. Bernard lo zucchero apparirebbe nelle orine solamente quando esso si trova nel sangue ad una concentrazione superiore al 3 ‰. La soglia renale per lo zucchero sarebbe dunque fissa. Successive osservazioni dimostrarono però la possibilità di glicosuria senza iperglicemia. Si sono perciò formate due teorie opposte tra di loro che si contendono il campo. Da una parte vi sono autori francesi i quali affermano che la soglia renale per lo zucchero è mobilissima e varia con la glicemia, con l'introduzione di idrocarburi nell'organismo e sotto l'influenza dell'insulina; dall'altra parte vi è un gruppo di studiosi scandinavi i quali ammettono che la soglia renale per lo zucchero è fissa costituzionalmente in ogni individuo e non è influenzata nè dall'età nè dalla dieta.

A. Rossi (*Giornale di Clinica Medica*, 20 nov. 1927) ha osservato che in soggetti normali la glicemia cresce con l'età e che con essa anche la suddetta soglia si innalza. Inoltre nei diabetici vecchi ha riscontrato glicemie più alte che nei giovani; nei primi osservò glicemie alte con lievi glicosurie ed il contrario più frequentemente negli altri. Da questi fatti egli deduce che la soglia renale per lo zucchero varia con la glicemia e che l'iperglicemia che dura da molto tempo ha influenza maggiore di quella temporanea.

Con altra serie di esperimenti diretti a studiare la influenza dell'insulina sulla soglia renale per lo zucchero, l'A. ha concluso che l'insulina ha tendenza ad elevare la soglia stessa e che questa azione è indipendente dalla introduzione o meno di idrocarburi nell'organismo.

f. v.

Relazione tra la quantità di zucchero nel sangue e la coagulazione del sangue.

Iniezioni di adrenalina producono in animali da esperimenti un'accelerazione di coagulazione del sangue come pure iniezioni di adrenalina aumentano il contenuto di glucosio nel sangue.

A. Partos (*Deutsche Medizinische Wochenschr.*, ottobre 1927) ha allora voluto cercare il rapporto che corre tra questi due fatti, ed ha trovato che tutte quelle sostanze (teobromina, morfina, calcio, ecc.) atte a produrre aumento di glucosio nel sangue producono anche più rapida coagulazione del sangue stesso. Lo stesso fenomeno produce l'introduzione di soluzione di glucosio per via endovenosa. Mentre che introducen-

do glucosio in una porzione di vena cava legata dalle due parti non si ha risultato alcuno in rapporto alla coagulazione.

L'A. viene pertanto alla conclusione che il contenuto in glucosio non agisce direttamente nel sangue, ma questo agirebbe sul fegato stimolandone la produzione di fibrinogeno.

DI RORAI.

Studi sulla glicemia.

È generalmente riconosciuto che la risposta fisiologica a 50 gr. di glucosio nei primi anni della vita, cioè al disotto dei 30 anni, fa ascendere il livello della glicosuria da 0,08 : 100 (tasso a digiuno), a 0,17 in mezz'ora, per poi tornare al livello primitivo in ore 1-1,30, senza che per questo appaia zucchero nelle urine. Tale ritorno alla norma sarebbe dovuto non al cessare dell'assorbimento, bensì all'attività del meccanismo di distruzione dello zucchero, il quale entra in opera alla concentrazione di 0,17 : 100 nel sangue, cifra che rappresenta anche la soglia renale.

Per portare contributo alla conoscenza, secondo la quale si produce un ritardo in tale meccanismo a mano a mano che l'età dell'individuo cresce, G. J. Langley (*Lancet*. nov. 1926), ha studiato la curva della glicemia in 50 soggetti delle varie età e di ambedue i sessi.

Dopo un periodo di digiuno assoluto si esaminò il tasso glicemico, si somministrò poi 50 gr. di glucosio in 100 cmc. di acqua e si ripetette l'esame della glicemia di mezz'ora in mezz'ora col metodo di Mc. Lean.

I risultati furono i seguenti:

1) La glicemia a digiuno tende a crescere da 0,08 : 100 nell'età giovanile al 0,15 : 100 nell'età di 70 anni circa;

2) A tale età la concentrazione massima dopo l'introduzione dei 50 gr. di glucosio non si ha che verso la fine della prima ora;

3) Il ritorno al livello normale della glicemia si fa sempre con maggior ritardo per quanto maggiore è l'età;

4) Nell'età dai 30 ai 40 anni con la suddetta prova non si osserva glicosuria; nell'età più avanzata invece questa si produce nel 30 : 100 dei casi, e dai 60 ai 70 anni nel 40 : 100;

5) La curva ottenuta nei soggetti dai 70 agli 80 anni è diversa dalle altre, perchè salisce meno in alto, e discende molto lentamente.

Si conclude da tutto ciò che l'interpretazioe delle curve della tolleranza, al glucosio deve esser fatta anche tenendo in considerazione l'età dell'individuo, onde non cadere nell'errore di giudicare un diabete, per lo meno potenziale, là ove in realtà non esiste.

Un'altra osservazione importante fatta a tal proposito dall'A. è che la somministrazione del glucosio per via del retto, come è stato consigliato per la cura del coma diabetico, non fa apparire alcuna oscillazione nella curva della glicemia. La via rettale sembra dunque inadatta per questa introduzione.

M. FABERI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 11182, da S. Marcello Pistoiese:

Per avere delle *pellicole cinematografiche d'indole igienica*, si rivolga:

1) all'Istituto di Igiene ed Assistenza sociale, Roma, via Marco Minghetti, che ne possiede di quelle adatte per ragazzi;

2) alla Cineteca Governatoriale, in Roma, via Cernaia, che ha una raccolta di bellissime pellicole, ampiamente illustrative sull'alimentazione, la tubercolosi, le malattie veneree, gli stupefacenti, l'assistenza all'infanzia, ecc. Queste sono più adatte per adulti;

3) anche l'Istituto L.U.C.E. (Roma, via della Stamperia) fra le belle pellicole d'indole scientifica, ne ha qualcuna dedicata all'igiene.

fil.

Al dott. G. F. C., da B.:

The American Review of Tuberculosis. Williams & Wilkins Company Mount Royal and Guilford Avenues Baltimore. Prezzo dollari 4 per volume (sono due all'anno) oltre a 60 cents per le spese postali.

Zeitschrift für Tuberkulose. A. Barth Leipzig. Marchi 20 al volume di 6 fascicoli. I fascicoli sono pubblicati senza periodicità fissa.

fil.

Bibliografia sul gozzo. — Al dott. G. Savi, da C.:

Non entra nelle nostre abitudini il fornire la bibliografia su determinati argomenti. Ad ogni modo, le darò alcune delle indicazioni che ho sotto mano, senza nessuna pretesa di essere completo.

G. PIGHINI: *Ricerche sull'endemia gozzo-cretinica*. Reggio Emilia, 1920; A. CECONI: *Il cretinismo endemico*. Minerva medica, 15 gennaio 1923 (con bibliografia); G. MUGGIA: *Il gozzo endemico*. La medicina italiana, 31 maggio 1923; CERLETTI: *Contro un grave flagello d'Italia: l'endemia gozzo-cretinica*. Difesa sociale, 1922; LUGARO: *Per la cura e profilassi dell'endemia gozzo-cretinica*. Ibidem, 1922; G. MARANON: *El bocio en España*. Medicina ibera, 5 e 12 novembre 1927; BALP: *In tema di gozzo endemico*. Rinnovamento medico, 1924, n. 7; DE PAOLI: *A proposito di endemia gozzigena*. Ibid.,

n. 11: TRAMBUSTI: *La teoria idrica del gozzo endemico.* Ibidem, 1925, n. 5; OTTONELLO: *L'epidemia gozzigena in Sardegna.* Igiene moderna, 1925, nn. 6-7.

Veda anche sul *Trattato delle malattie infettive dell'uomo e degli animali* di A. LUSTIG e collaboratori (F. Vallardi ed., Milano). *fil.*

Al dott. G. F. C.:

Consultare: *Lyon Médical*, 1924. M.

All'abb. n. 12241:

È verosimile che la presenza della tenia concorra ad accentuare il vomito gravidico; non c'è controindicazione alla cura durante la gravidanza; conviene usare il timolo, con le dosi abituali. P. G.

All'abb. n. 4283-1:

In Italia non esistono scuole per meccanici-dentisti. La loro istituzione è prevista dall'art. 2 della legge 23 giugno 1927 n. 1264, sulla « Disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie »; ma per ora sono di là da venire. C. C.

Al dott. Salvatore Barresi, Piazza Armerina:

Un recente trattato italiano sulle malattie di petto tubercolari è quello di CARPI e RONZONI: *La tubercolosi polmonare dal punto di vista clinico e sociale.*

Vi è poi il trattato *Appareil Respiratoire* di SERGENT e RIBADEAU-DUMAS edito da Maloine e Fils, Paris, meno recente (1922). G. MENDES.

VARIA.

Il libero aborto nella Russia sovietica.

In una corrispondenza da Varsavia alla Riforma Medica » (17 ottobre 1927) il dott. L. V. Palmieri scrive:

In questo mio soggiorno nella capitale Polacca ho potuto procurarmi un interessante materiale documentario su una delle più gravi innovazioni sociali del regime sovietico: *la legalizzazione del diritto di aborto.*

Innovazione grave ed anche sollecita, in quanto le prime affermazioni, diremo così, legislative in proposito, pronunziate dal tribunale popolare, datano dal novembre 1917, appena abolito il vecchio codice penale vigente sotto gli Zar.

Ma una formulazione precisa di questo diritto della donna al libero aborto, troviamo solo tre anni più tardi, in un decreto del Commissariato del Popolo, datato 18 novembre 1920, che dice così:

« Nell'intento di proteggere la salute della donna e *gli interessi della razza* (?) da manovre egoistiche e brutali, e riconoscendo l'assoluta inefficacia delle repressioni in questo campo, il Commissariato del Popolo per l'Igiene e quello per la Giustizia dispongono quanto segue: 1) Saranno gratuitamente praticate interruzioni operative della gravidanza negli ospedali del Governo dei Soviets, nei quali è assicurato un massimo di innocuità; 2) è rigorosamente proibito a chiunque non sia medico praticare delle operazioni di questo genere; 3)... 4)... ».

Ma già nel 1924 questo decreto fu dovuto modificare, nel senso di tentare di arginare la marea crescente delle donne desiderose di disfarsi del nascituro, che urgevano alle porte degli ospedali sovietici.

Così un decreto del Commissario del Popolo, dottor Iemaschko (marzo 1924) ha disciplinato le cose nel seguente modo: L'aborto non è più assolutamente libero, ma dev'essere motivato da ragioni mediche o *sociali.* A tale scopo sono costituite delle Commissioni (*Trojki*), formate da un medico (Presidente), da una delegata dell'Associazione delle Donne, e da un delegato del Consiglio dei Lavoratori.

Ogni donna che vuol abortire deve fare un esposto a questa Commissione, indicando le ragioni per le quali intende liberarsi dalla sua gravidanza.

La Commissione dovrà, dopo aver giudicato sulla legittimità dei motivi (igienici o sociali), prima di dare l'autorizzazione all'aborto, *ammonire* la postulante: 1) *sul nocumento che l'aborto provocato può portare alla salute;* 2) *sul pricolo di morte connesso con le pratiche abortive;* 3) *sul*

danno che lo Stato riceve per ogni aborto consumato.

Dopo di che la donna viene inviata, munita di apposita autorizzazione, in un ospedale specializzato per la bisogna.

Se l'aborto viene chiesto per ragioni igieniche, la domanda va accompagnata da un certificato medico; ma non è neppure indispensabile in questo caso di ricorrere alla Commissione speciale per l'autorizzazione, essendo allora sufficiente il certificato medico ed il giudizio favorevole di due medici della stessa clinica in cui l'interessata desidera sottoporsi alle pratiche abortive.

È sintomatico il fatto che al § 9 dello stesso decreto viene fatto obbligo alle singole sezioni delle Associazioni per la protezione della madre e del fanciullo. di *svolgere propaganda contro l'aborto!*

Dal complesso di queste successive disposizioni legislative emerge, per tal modo, netta la sensazione che il Governo Sovietico si renda conto del disastro sociale prodotto dalla libertà di aborto, e cerchi di arginarlo alla meglio con progressive restrizioni.

Nè mancano, d'altra parte, delle dichiarazioni non sappiamo quanto autorizzate, ma che circolano qui con sempre maggiore insistenza, che il Governo Sovietico intende considerare la legalizzazione dello aborto come una *misura temporanea*, in relazione alle tristi condizioni economico-sociali della maggior parte della popolazione. misura che andrà naturalmente abolita quando le condizioni suddette saranno migliorate.

Dalla visione di insieme delle disposizioni legislative è interessante passare a considerare gli effetti delle medesime.

Una prima considerazione è questa, che le donne russe hanno approfittato in larga misura delle facilitazioni, e ne approfittano in misura sempre crescente, nonostante le disposizioni più restrittive.

Stralcio tra le molte statistiche, che sarebbe qui fuor di luogo citare per esteso, una, concernente le autorizzazioni ad abortire concesse dalla apposita Commissione di Leningrado negli ultimi dieci mesi del 1924, vale a dire *dopo* le ultime disposizioni restrittive:

Marzo 450; Aprile 463; Maggio 605; Giugno 756; Luglio 654; Agosto 606; Settembre 644; Ottobre 697; Novembre 720; Dicembre 818!

Bisogna, d'altra parte, por mente al fatto che queste cifre si riferiscono, come ho detto, alle *autorizzazioni ufficiali* di aborto ma che, per comune consenso di tutte le persone bene informate, bisogna aggiungere a queste quelle degli *aborti clandestini*, che non sono per nulla scomparsi, come sarebbe stato logico pensare dopo l'emanazione di disposizioni così favorevoli. Il fatto è che si calcola generalmente che gli aborti clandestini persistano *in misura presso a poco eguale a quella degli autorizzati!*

Vale la pena, inoltre, di conoscere per *quali motivi l'aborto viene chiesto*, ed in quale misura per ciascun motivo.

Il maggior numero di domande è motivato dall'*insufficienza di mezzi economici* (oltre il 70 %); seguono, molto da lontano, gli *stati morbosi* (circa il 17 %), l'avere la gestante dei figli che ancora allattano (circa il 5 %), l'essere la famiglia già numerosa (circa il 2 %), od altri motivi particolari.

È interessante sapere che queste domande vengono esaudite dalle Commissioni — che avrebbero il compito di ridurle al minor numero possibile — *nella misura di oltre l'ottanta per cento* in media!

Quasi a discolparsi di questa immane « strage degli innocenti » si mette con soddisfazione in rilievo dalle autorità sovietiche, il fatto che sono diminuite in modo rilevante la morbilità e la mortalità postabortiva, soprattutto per ciò che riguarda l'infezione puerperale. Ciò è, naturalmente l'effetto della precisione e dell'asepsi con cui gli interventi sono eseguiti negli ospedali specializzati.

Ma a questo si contrappone l'aumento progressivo delle malattie veneree, che alcuni competenti considerano addirittura come tragico, e che viene messo logicamente in relazione con la libertà di aborto, che porta per conseguenza la scomparsa dell'ultimo freno per l'attuazione di quel « libero amore », che non per nulla sentivamo decantare un tempo anche tra noi come uno dei postulati morali (?) del comunismo!

A questo proposito — e prima di finire — vale la pena di citare i risultati di un'interessante inchiesta sulla *vita sessuale delle studentesse russe*, pubblicata sulla *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*: il 19.5 % delle studentesse sono sposate, il 60 % però avevano già avuto rapporti sessuali prima del ventesimo anno; di quelle non ancora sposate il 55 % dichiararono di preferire il matrimonio, le altre manifestarono invece la loro predilezione per rapporti sessuali saltuarii; delle sposate il 40 % erano per il solo marito; il 53 % ammettevano anche rapporti extraconiugali!

E tra la « gioventù comunista » vige la norma che ogni ragazza che fa parte dell'associazione deve — se ne viene richiesta da un « compagno » — cedere alle sue voglie, se non vuole andare incontro al *disprezzo* delle sue stesse consocie.

Ogni commento guasterebbe l'impressione prodotta dalla semplice lettura di questi fatti!

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

Provvedimenti per la lotta contro la tubercolosi.

(L. 23 giugno 1927, n. 1276 - n. 1606 in *Gazz. Uff.* 6 agosto, n. 181).

Art. 1. — È istituito in ogni capoluogo di provincia il consorzio provinciale antitubercolare. Esso ha lo scopo: *a*) di promuovere ed agevolare la istituzione delle opere necessarie per la lotta contro la tubercolosi, sia da solo, sia in unione con altri consorzi provinciali antitubercolari;

b) di coordinare e disciplinare, in un armonico programma di azione di propaganda, il funzionamento di tutte le opere esistenti nella provincia con tale scopo, segnalandone al Prefetto le eventuali irregolarità o manchevolezze per i provvedimenti di competenza;

c) di vegliare alla protezione e alla assistenza sanitaria, e sociale dei tubercolosi, proponendo al prefetto i provvedimenti necessari perchè siano rivolte a loro favore le risorse delle istituzioni locali che hanno per fine la prevenzione e la cura della tubercolosi;

d) d'integrare con i propri mezzi l'azione delle istituzioni antitubercolari, e, se del caso, di sostituirsi ad esse nella esecuzione dei provvedimenti urgenti.

Art. 2. — Il consorzio provinciale antitubercolare è corpo morale ed è retto da apposito statuto, approvato dal prefetto.

Quando l'istituzione di opere antitubercolari è promossa ai sensi della lettera *a*) dell'art. 1 da due o più consorzi, la convenzione che dovrà regolare l'impianto ed il funzionamento di dette opere e gli oneri rispettivi dei singoli consorzi sarà approvata con decreto del ministro per l'interno, sentiti i consigli provinciali sanitari e le giunte provinciali amministrative interessati.

Art. 3. — Del consorzio provinciale antitubercolare fanno parte; obbligatoriamente, la provincia e tutti i comuni che la compongono, nonchè gli enti pubblici che, in tutto o in parte, esercitano nella provincia azione antitubercolare.

Lo statuto del consorzio determina la misura del rispettivo contributo consorziale.

Possono farne parte, su loro domanda, le congregazioni di carità, le istituzioni pubbliche e le associazioni sindacali legalmente riconosciute a termini della legge 3 aprile 1926 n. 563, nonchè le associazioni private, gli istituti di previdenza, e quelli di assicurazione, come anche le organizzazioni finanziarie e commerciali che esplicano la loro attività nella provincia, purchè versino un contributo finanziario nella misura stabilita dallo statuto stesso.

Al consorzio provinciale sono applicabili le disposizioni contenute negli art. 16, 17 e 20 del regio decreto 30 dicembre 1923 n. 2889, in quanto non siano incompatibili con quelle portate dalla presente legge.

Art. 4. — Il consorzio provinciale antitubercolare è amministrato da una rappresentanza consorziale costituita secondo sarà determinato dal proprio statuto.

Il presidente della deputazione provinciale ed il membro del consorzio, nominato dal consiglio sanitario provinciale, sono rispettivamente: presidente e vice presidente del consorzio provinciale antitubercolare.

In seno alla rappresentanza consorziale è costituita una giunta esecutiva composta del presidente e del vice presidente del consorzio e di cinque membri scelti dalla rappresentanza stessa fra i suoi componenti e possibilmente fra quelle residenti nel capoluogo della provincia.

Fanno parte, altresì, della rappresentanza consorziale, come della giunta esecutiva il medico provinciale e un membro del consiglio provinciale di sanità, designato dal consiglio stesso.

Lo statuto del consorzio determina le attribuzioni sia del presidente sia della rappresentanza consorziale e della giunta esecutiva.

Art. 5. — Il consorzio provinciale antitubercolare invia, non più tardi del 31 ottobre di ogni anno, il proprio bilancio alla prefettura per l'approvazione.

Copia del bilancio stesso, appena approvato, viene dalla prefettura comunicato al ministero dell'interno (direzione generale della sanità pubblica).

Art. 6. — L'amministrazione provinciale ha l'obbligo di fornire gratuitamente i locali per la sede e per gli uffici del consorzio provinciale antitubercolare ed il personale necessario pel funzionamento degli uffici stessi.

Il servizio di cassa e di tesoreria del consorzio è disimpegnato, normalmente, dal cassiere e dal tesoriere dell'amministrazione provinciale alle stesse condizioni stabilite per detta amministrazione.

Qualora l'importanza del consorzio lo richieda, fermi rimanendo gli obblighi dell'amministrazione di cui al primo e secondo comma del presente articolo, il consorzio potrà, con deliberazione da approvarsi dalla G. P. A., provvedere in tutto o in parte con personale proprio al funzionamento dell'ufficio ed al servizio di cassa e di tesoreria.

In tal caso uno speciale regolamento, da approvarsi parimenti dalla G. P. A., stabilirà le norme

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

per l'assunzione in servizio, la carriera, la disciplina, l'esonero dal servizio ed il collocamento a riposo del personale stesso.

Art. 7. — La prefettura prima di procedere all'esame dei bilanci delle istituzioni assistenziali, soggette alla sua vigilanza e tutela a termini di legge, e che fano parte obbligatoriamente del consorzio provinciale antitubercolare, li comunica al consorzio stesso per le sue eventuali osservazioni.

Art. 8. — Il ricovero dei tubercolosi, salvo che non sia disposto in via di urgenza a termini dell'art. 79 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, è ordinato dal presidente del consorzio provinciale antitubercolare, o da chi per esso.

All'uopo tutte le istituzioni ospitaliere legalmente riconosciute, le quali abbiano speciali e separati locali atti ad assicurare ai tubercolotici un isolamento ritenuto conveniente dall'autorità sanitaria, hanno l'obbligo di ricevere detti infermi, anche se questi non abbiano domicilio di soccorso nel territorio al quale, per effetto delle rispettive norme statutarie, estendono la loro azione.

Le spese di spedalità degli infermi saranno anticipate dal consorzio che abbia ordinato il ricovero, salvo eventuale rimborso da chi di ragione a norma di legge.

Qualora però si tratti di ricovero disposto in via di urgenza, a termini dell'art. 79 della legge 17 luglio 1890 n. 6972, la competenza passiva delle spese di spedalità è regolata dalle disposizioni vigenti sulle istituzioni pubbliche di assistenza e di beneficenza.

Art. 9. — I mutui, che la cassa depositi e prestiti è autorizzata a concedere ai sensi dell'art. 1° della legge 24 luglio 1919, n. 1382 saranno collocati, con le norme di cui al R. D. 15 luglio 1926, n. 1282, sui fondi degli istituti di previdenza, ai sensi del R. D. L. 13 giugno 1926, n. 1064, ed il termine, stabilito dall'articolo stesso al 30 giugno 1927, per la concessione di detti mutui è prorogato al 30 giugno 1937.

Art. 10. — L'art. 75 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, è abrogato.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

VI. — Termini per agire.

Le deliberazioni consigliari sono impugnabili in sede giurisdizionale amministrativa anche in pendenza del visto di esecutorietà. I reclami prodotti, con carattere di vere e proprie rimostranze, alla stessa autorità amministrativa che ha emesso il provvedimento per indurla a revocarlo, non valgono a riaprire i termini per il ricorso giurisdizionale. Non si può, in occasione di un ricorso contro un dato provvedimento, far valere l'invalidità del provvedimento anteriore, il quale ne sia comunque il presupposto e che a suo tempo non fu impugnato.

Queste risoluzioni, che anche recentemente sono state confermate dalla V Sezione del Consiglio di Stato con decisione 2 luglio 1927 n. 362, devono essere tenute presenti per tutti i casi nei quali un interessato sia venuto a conoscenza mediante comunicazione o notificazione di un atto amministrativo contro il quale egli intenda agire. Il termine decorre dalla comunicazione anche se l'atto non sia ancora reso esecutivo. È da avvertire inoltre che la rimostranza alla stessa autorità o un qualsiasi reclamo al Prefetto non soltanto non interrompe il corso del termine per agire innanzi all'autorità competente, ma può costituire fonte di prova della conoscenza del provvedimento stesso, con lo effetto della decorrenza del termine dalla data in cui la rimostranza o il reclamo è presentato.

VII. — Nomina irregolare. Possesso di Stato.

Un impiegato fu licenziato per soppressione di posto. Avendo egli ricorso alla G. P. A. in sede giurisdizionale, il Comune eccepì preliminarmente che l'impiegato stesso non era stato nominato regolarmente e quindi, essendo viziata la relativa deliberazione, non si era costituito un rapporto valido. Questa deduzione è stata correttamente respinta dalla G. P. A. prima e dal Consiglio di Stato poi, il quale, con decisione 29 aprile 1927 n. 221, ha considerato che il campo della controversia, entro il quale deve essere circoscritto l'esame del giudizio dell'organo giurisdizionale amministrativo, è stabilito dalla domanda del ricorrente *in relazione all'atto o provvedimento impugnato*. Si doveva quindi giudicare della legittimità del licenziamento e non della validità della nomina.

Vero che il possesso di stato di impiegato non importa riconoscimento della legittimità del titolo di nomina e generalmente non sana i vizi di nullità di esso; ma se l'amministrazione ritiene che la nomina non sia stata deliberata nelle forme prescritte, può far valere la nullità provocando l'esercizio del potere di annullamento di ufficio che spetta al governo e che può essere esercitato in qualunque tempo, nel pubblico interesse, al fine di annullare gli atti non conformi alle leggi e ai regolamenti.

Sinchè questo potere non sia esercitato e la deliberazione di nomina non sia annullata, il possesso di stato produce determinati effetti e, se l'impiegato sia licenziato per motivi disciplinari o per soppressione di posto, ecc., si deve discutere della legittimità di questo atto e non della validità della nomina. La giurisprudenza ritiene che costituisce possesso di stato il fatto positivo dell'esercizio delle funzioni in base ad un atto di nomina.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Alla Società delle Nazioni.

ORGANIZZAZIONE D'IGIENE.

Il Comitato d'Igiene ha tenuto la undicesima sessione a Ginevra dal 25 ottobre al 4 novembre. Sono stati eletti vice-Presidenti per l'anno 1928 il prof. G. Araoz Alfaro (Presidente del Dipartimento Nazionale d'Igiene a Buenos-Aires) ed il dott. H. Carrieres (Direttore del Servizio Federale d'Igiene a Berna). Il terzo vice-Presidente sig. O. Velghe (Segretario generale al Ministero dell'Interno e dell'Igiene pubblica a Bruxelles), occupa questo posto di diritto, nella sua qualità di Presidente del Comitato dell'Ufficio internazionale d'igiene pubblica.

Il Comitato d'Igiene ha passato in rassegna l'attività svolta dall'Organizzazione d'igiene durante l'anno, ed ha fissato il suo programma per il 1928.

I. *Relazioni con l'America latina.* — Il Comitato ha preso visione del rapporto presentato dal suo Presidente dott. Madsen, e dal Direttore medico, sui risultati del loro viaggio in alcuni paesi della America latina, effettuato nello scorso estate. Scopo principale del viaggio era la riunione di esperti dell'America latina in materia d'igiene dell'infanzia, convocata a Montevideo dal Comitato d'Igiene, per preparare il programma e per definire i metodi di una inchiesta sulla mortalità infantile, da svolgersi in Argentina, nel Brasile, in Bolivia, nel Cile, nel Paraguay e nell'Uraguay.

La Conferenza di Montevideo ha deciso di fare una inchiesta preliminare nell'Argentina, nel Brasile e nell'Uraguay.

Durante il loro viaggio, il Presidente del Comitato d'Igiene ed il Direttore medico, esaminarono alcune proposte ed approvarono in massima una eventuale collaborazione tra il Comitato d'Igiene e le autorità brasiliane per l'istituzione di un centro internazionale per lo studio della lebbra — che nell'America latina è un problema di grande importanza — e per la creazione a Rio de Janeiro di una scuola internazionale di igiene pubblica, sotto gli auspicî della Società delle Nazioni.

Lo Stato di San Paolo (Brasile) ha chiesto la collaborazione del Comitato d'igiene nel campo della standardizzazione dei sieri e delle statistiche demografiche.

Il Comitato d'igiene ha approvato una proposta del prof. Araoz Alfaro, per la creazione a Buenos Aires, sotto gli auspici della Società delle Nazioni, di una scuola d'igiene infantile, con alcune sedi provinciali.

II. *Malaria.* — Il Presidente della Commissione per la malaria ha presentato la seconda relazione della Commissione, che contiene alcune conclusioni sulle misure da prendersi per combattere la malaria in Europa, ed una discussione generale sulle misure progettate e sulle esperienze fatte. Ne risulta che nessuno dei metodi usati nella lotta contro la malaria, può essere considerato il miglior possibile e che prima di scegliere il metodo da impiegarsi bisogna studiare con particolare cura ogni regione. La relazione insiste anche sulla necessità di stabilire una distinzione tra i mezzi preventivi ed i mezzi di cura. Essa, infine, rileva la convenienza di proporzionare le spese per misure antimalariche all'importanza della malattia, in rapporto alle altre malattie ed alle condizioni dell'igiene pubblica.

Due membri della Commissione, il colonnello S. P. James, del Servizio di ricerche mediche del Ministero inglese dell'igiene, ed il prof. N. H. Swellengrebel. dell'Istituto di medicina tropicale di Amsterdam, hanno presentato uno speciale rapporto sulla loro visita in alcuni centri del bacino del Mississipi, per lo studio dei diversi metodi impiegati nella lotta contro la malaria, e specialmente dei mezzi di lotta contro le larve, e degli esperimenti di Bass sull'uso esclusivo del chinino. Il Comitato d'igiene ha espresso il parere che questo rapporto completa con nuovi dati, quelli sui quali si basa la relazione della Commissione per la malaria in Europa, e pone delle questioni meritevoli di essere discusse largamente in una prossima riunione generale della Commissione, alla quale assisteranno i malariologi degli Stati Uniti.

La Commissione continuerà le sue ricerche scientifiche su alcuni problemi riguardanti la malaria, e specialmente sui rapporti esistenti tra le foci dei fiumi e la malaria endemica.

Essa inoltre continuerà le ricerche intraprese, sulle proprietà terapeutiche dei diversi alcaloidi del chincona oltre che del chinino.

Il viaggio di studio compiuto in America ed in Europa dalla Commissione per la malaria, sarà completato con una inchiesta nell'India, per la quale il Comitato d'Igiene ha accettato l'invito del Governo indiano.

Il Comitato d'Igiene ha segnalato l'utilità dei corsi di malariologia istituiti ad Amburgo, a Londra ed a Parigi. Questi corsi proseguiranno nel 1928. Le autorità della *Scuola superiore di malariologia* di Roma hanno invitato il Direttore medico a mettersi in rapporto con esse per organizzare un insegnamento analogo. Questa scuola ha già istituito un corso speciale per ingegneri. La Commissione ha suggerito miglioramenti da introdurre nei corsi teorici e pratici per quelle regioni nelle quali i giovani malariologi fanno il tirocinio.

Il Comitato d'igiene ha approvato le misure proposte dalla Commissione per la malaria secondo le raccomandazioni del prof. Swellengrebel, inviato in missione speciale presso il Commissario della Società delle Nazioni per la siste-

mazione dei profughi bulgari. Il Comitato d'Igiene ha incaricato la Commissione per la malaria, e la Sezione di igiene, di coordinare la esecuzione del programma di assistenza igienico-sanitaria ai profughi con le misure già prese nel distretto di Bourgas.

III. *Informazioni epidemiologiche e statistiche sanitarie.* — Il Comitato ha preso atto dell'aumento considerevole, e del costante miglioramento del servizio di informazioni epidemiologiche, e specialmente delle modifiche introdotte recentemente nel Bollettino settimanale, e nei rapporti epidemiologici mensili ed annuali, che facilitano alle Amministrazioni sanitarie l'uso di queste pubblicazioni. Anche lo sviluppo dell'ufficio di Singapore, l'impiego sempre più frequente del T. S. F., per la trasmissione dei suoi bollettini, lo sviluppo delle sue relazioni con i porti per le informazioni sull'arrivo di navigli infetti, ecc., sono state oggetto di esame.

IV. *Rapporti fra i diversi servizi di igiene pubblica.* — Il Comitato d'igiene ha passato in rassegna i diversi scambi di personale sanitario effettuati dentro l'anno in Germania e nella Gran Bretagna. Ha preso notizia dei corsi internazionali di igiene pubblica istituiti a Parigi ed a Londra per funzionari sanitarii, nonchè delle missioni individuali e delle borse di viaggio concesse ai funzionari sanitari di diverse amministrazioni per studiare all'estero alcuni problemi speciali.

Il Comitato si è occupato dello scambio generale nelle Indie tra il 1° gennaio e il 18 marzo.

Oltre lo scambio di personale sanitario nelle Indie, il programma del 1928 comprende uno scambio in Italia, un viaggio che ha per oggetto il problema del corpo sanitario rurale, un viaggio di studi collettivi nella Jugoslavia, e nei vicini paesi dell'Europa centrale ed orientale; ed infine uno scambio per lo studio delle applicazioni del controllo sanitario sul latte. Sono anche previste diverse borse di viaggio e missioni individuali per paesi transoceanici.

Il Comitato d'Igiene ha preso atto dell'invito rivoltogli dal Governo australiano per intraprendere uno studio delle condizioni sanitarie della regione del Pacifico, e per procedere ad una inchiesta preliminare in Papuasia, nella Nuova Guinea, nelle Nuove Ebridi, nella Nuova Caledonia, e nelle Isole di Salomon e Fidji.

Il Comitato d'Igiene, esaminato il rapporto sulle Conferenze di Budapest e di Zagabria — durante le quali sono state inaugurate in queste due città nuove scuole d'igiene pubblica, grazie alla generosità della fondazione Rockefeller — ha deciso di ricostituire la Commissione per l'insegnamento dell'igiene e della medicina preventiva.

V. *Oppio e stupefacenti.* — Il Comitato d'Igiene ha approvato una soluzione trasmessa al Consiglio della Società delle Nazioni dal Comitato permanente dell'Ufficio internazionale d'igiene pubblica, perchè il Consiglio consideri l'Eucodalo e la Dicodide tra gli stupefacenti, poichè detti prodotti provocano effetti nocivi, analoghi a quelli dei prodotti considerati dalla Conferenza internazionale per l'oppio del 19 marzo 1925. Il Comitato ha approvato anche un rapporto della Commissione dell'oppio, col quale si rileva che alcuni prodotti possono determinare la tossicomania e conseguentemente debbono ricadere sotto le sanzioni della Convenzione internazionale per l'oppio.

Il Comitato d'igiene ha pregato il Comitato permanente dell'Ufficio internazionale, di dare il suo giudizio in merito.

VI. *Malattia del sonno.* — Il Comitato d'Igiene ha esaminato il rapporto della Commissione internazionale per la malattia del sonno nell'Africa equatoriale. Ha invitato il Comitato di esperti, che aveva chiesto l'invio della Commissione d'inchiesta, ad esaminare le conclusioni scientifiche ed amministrative del suo rapporto definitivo.

VII. *Conferenza per la rabbia.* — Il rapporto sulla Conferenza per la rabbia, col quale il Comitato d'Igiene è invitato a procedere ad alcune inchieste sul valore dei differenti metodi in uso, è stato oggetto di un esame del Comitato d'Igiene, il quale ha chiesto di assicurare la cooperazione di uno o più esperti, per l'attuazione del programma della Conferenza.

VIII. *Commissione per il cancro.* — Il Comitato d'Igiene, approvato il rapporto della Commissione per il cancro, la quale ha terminato la inchiesta sulle differenze dei dati di mortalità del cancro nei diversi paesi, ha incaricato la Commissione stessa di preparargli per la prossima sessione uno studio delle proposte pervenutele o che potranno pervenirle, sui nuovi lavori di carattere internazionale riguardanti il cancro. Il Comitato ha incaricato il Direttore medico di consultare degli esperti nei diversi paesi.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Vigilanza sanitaria sul meretricio. Servizio dei medici visitatori.

Il Ministero dell'interno — Direzione Generale della Sanità pubblica — ha diretto ai sigg. Prefetti la seguente circolare:

« In attesa dei provvedimenti in corso di esame per la riforma del regolamento legislativo 25 marzo 1923, n. 843, riguardante la profilassi delle malattie veneree, questo Ministero, allo scopo di assicurare la continuità del servizio di vigilanza sanitaria sul meretricio, che venne in via transitoria regolato con la circolare del 20 novembre 1926, autorizza la S. V. a provvedere sia alla provvisoria conferma dei medici visitatori attualmente in servizio in codesta Provincia, sia ad affidare, occorrendo, il provvisorio incarico di medico visitatore ad altri sanitari ed agli Ufficiali medici della M. V. S. N. che abbiano i necessari requisiti tecnici per la speciale funzione, in conformità a quanto si è disposto con la circolare Ministeriale 15 aprile 1927, numero 20000-1-187 (vedere Bollettino di legislazione 1927, n 14-15).

« Comunque si fa presente che, tanto nel caso di conferma quanto nel caso di nuovo incarico, la durata dell'incarico stesso ha carattere temporaneo, subordinato alle nuove norme che verranno emanate in proposito. Di ciò è indispensabile rendere preventivamente e formalmente edotti gli interessati.

« V. S., a suo tempo, si compiacerà di trasmettere il nuovo elenco dei medici incaricati del servizio di vigilanza antivenerea in codesta Provincia con la indicazione della ripartizione del servizio, e del compenso mensile per ciascuno di essi stabilito ». *Per il Ministro*: f.to SUARDO.

Cronaca del movimento professionale.

Per la legge sugli Ordini.

Su proposta del Capo del Governo, il Consiglio dei Ministri nella sua ultima seduta ha, fra l'altro, deliberato uno schema di R. Decreto concernente il coordinamento della Legge sugli Ordini sanitari con la Legge 3 aprile 1926, n. 563, per la disciplina giuridica dei rapporti collettivi di lavoro (Testo unico).

Associazione della Stampa Medica Scientifica Italiana.

Le elezioni alle cariche della Sezione per l'Italia Centrale hanno dato il seguente risultato: 16 periodici votanti; membri del Comitato: V. Ascoli (15 voti), C. Ferrai (15 voti), E. Della Seta (14 voti); membro del consiglio di famiglia: O. Polimanti (13 voti); voti dispersi 3.

Si attendono i risultati delle elezioni per le altre due Sezioni.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AVELLINO. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Grottaminarda; L. 3500 (*sic*); scad. 15 feb.

BADIA TEBALDA (*Arezzo*). — Scad. 15 feb.; con Sestino; L. 10,000 e 4 quadr. decimo; abitaz. gratuita; per uff. san. L. 500; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Aiuto della Divisione Medica dell'Ospedale Maggiore; L. 4800 (*sic*) e c.-v.; docum. al Protocollo non più tardi delle 17 del 3 feb.; tassa L. 50; età lim. 35 a.; chiedere annunzio.

BUSTO ARSIZIO. — Uff. san., capo dell'Ufficio d'Igiene. Scad. 30 gen. V. fasc. 1.

CAGLI (*Pesaro-Urbino*). — Chirurgo primario e due medici-chirurgi condotti. Proroga 31 gennaio.

CALDAROLA (*Maceata*). — Proroga a tutto 10 febbraio.

CASTIGLIONE DEL LAGO (*Perugia*). — A tutto 10 feb.; L. 7000 oltre L. 1600 serv. att. e c.-v.; 3 sessenni dec.; L. 1000-4000 trasp.; età lim. 40 a. Chied. annunzio.

CATANZARO. — Direttore della Sez. Medico-Micrografica del Laborat. provinciale di Igiene e Profilassi; scad. 15 feb. Vedi fasc. 1.

CICERALE CILENTO (*Salerno*). — Proroga 31 gen. V. fasc. 51 del 1927.

CINIGIANO (*Grosseto*). — Per Monticello; proroga 31 gen.

COSENZA. *Dispensario celtico Comunale*. — Medico direttore; L. 5000; titoli ed esami; rivolgersi Ufficio Sanitario Provinciale; a tutto 20 feb.

CROVA (*Vercelli*). — Scad. 15 feb.; L. 7000 per 400 pov.; addizion. L. 2; trasp. L. 3500; ambul. L. 100 (*sic*); c.-v. L. 1200; 4 quinquenni dec.; tassa L. 50.

FOIANO D. CHIANA (*Arezzo*). — Proroga a tutto 31 gen. per medico chirurgo e direttore dello Spedale; età lim. 40 (45) a.

FRISANCO (*Udine*). — Scad. 31 gen.; L. 10,000 oltre L. 900 uff. san., L. 1000 trasp.

GENOVA. *Spedali Civili*. — Vice primario medico; titoli ed esami; L. 5000 (*sic*); nom. e conferme triennali; lim. del servizio 45 a.; laurea da 4 anni; tassa L. 50; doc. a 2 mesi dal 28 dic.; scad. 31 gen. ore 15; rivolgersi segreteria (Spedale S. Martino); chiedere annunzio.

GROSSETO. — Uff. san. del Comune; scad. 29 feb. Vedi fasc. 1.

MANDELA (*Roma*). — Proroga 30 gen.; stip. L. 10,500.

MILANO. *Istituti Ospitalieri*. — Vice dirigente dell'Ambulat. Comun. Otorinolaringoiatrico; scad. 31 gen. Vedi fasc. 1.

MILANO. *Opera Pia Sanatori Popolari per Tubercolosi*. — Vice Direttore del Sanatorio Umberto I in Prasomaso (Trevisio-Valtellina); titoli ed esami; L. 11,200 e cinque bienni decimo; indennità carica L. 3400; vitto ed alloggio *ad personam* nell'istituto. Scad. 31 genn.

MOGLIANO (*Macerata*). — Al 31 gen., ore 18; 2ª cond.; L. 8000 e 3 quadrienni dec., oltre lire 800 uff. san., c.-v., L. 2500 trasp.; tassa L. 50,15.

MOLINI DI TRIORA (*Imperia*). — Scad. 15 feb.; L. 9000 più L. 1000 uff. san. e servizio ostetrico; tassa L. 50,10.

MONDOLFO (*Pesaro U.*). — Scad. 28 gen.; per Marotta; L. 8000 e 5 quadrienni dec. oltre L. 1000 indenn. consorz., L. 3000 cav.; età lim. 21-40 a.; tassa L. 50,15.

NAPOLI. *Ufficio Sanitario Provinciale*. — Ufficiale sanit. del consorzio Mugnano-Fivizzano; lire 9500 oltre L. 1500 indenn. trasferta. Scad. 31 gen.

NUCHIS (*Sassari*). — Scad. 28 gen.; L. 10,500 oltre L. 1000 uff. san., L. 2500 cav.; tassa L. 50.

OSIMO (*Ancona*). — L. 8000 e 10 bienni ventes., un c.-v.; scad. 20 feb.; età lim. 34 (39) a.; tassa L. 50; chied. annunzio.

PIEGARO (*Perugia*). — Scad. 18 feb.; L. 9780 e 3 quinq. decimo; c.-v.; serv. att.; trasp. Tassa L. 50.

PIETRALUNGA (*Perugia*). — Scad. 30 gen.; 2ª cond.; L. 9000 oltre c.-v. in L. 720, serv. att. L. 1200, cav. L. 4000, se uff. san. L. 500, età lim. 40 a.; tassa L. 50.15.

POLLINA (*Palermo*). — Proroga a tutto 16 feb.; titoli ed esami; L. 10,000 sino a 1000 pov.; addizionale L. 3; 5 quinquenni decimo. Tassa L. 50; età lim. 40 a.; chiedere ann.

ROANA (*Vicenza*). — A ore 17 del 7 feb.; 1º reparto; L. 16,500 e addizion. L. 300 ogni 100 pov. in più di 1000, 6 quadrienni dec., L. 2500 trasp., ecc.; tassa L. 50,15; chied. annunzio.

ROMA. *Laboratorio d'Igiene e di Profilassi del Governatorato.* — Un assistente nella Sezione medico-micrografica; scad. ore 12 del 29 feb.; età lim. 35 a. L. 13,700 aumentabili a L. 16,000 dopo 12 anni di serv.,oltre L. 3500 serv. att. e c.-v. Chiedere ann.

SPEZIA. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele III.* — A tutto 31 gen., medico primario. Chiedere copia avviso all'Ufficio di Segreteria.

TAIBON (*Belluno*). — Consor. con La-Valle; scad. 10 feb.; stip. L. 9000, trasp. L. 1000-3500, uff. san. L. 800; età lim. 45 a.; tassa L. 50.10; chied. annunzio.

TERRANOVA PAUSANIA (*Sassari*). — Scad. 31 gen.; L. 9500 oltre L. 2500 cav.

TOFFIA (*Rieti*). — A tutto 10 feb.; L. 10,200 oltre L. 500 uff. san.; 5 quadr. decimo; tassa L. 50,15; per trasp. L. 2000; addiz. L. 4 sopra i 1000 pov.

VERONA. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. medico-micrograf. del Laborat. provinc. d'igiene e profilassi, L. 16,000 e 2 quadrienni di L. 800 e 1000; serv. att. L. 4200; 20 % proventi analisi; scad. 30 gen.; età lim. 45 a., salvo eccezioni; tassa L. 50; chied. annunzio; serv. entro 20 gg.

VIAREGGIO (*Lucca*). — *Civico Ospedale.* — Scad. 6 feb. Medico interno con mansioni di aiuto chirurgo e dirigente Gabinetto radiologico; L. 8700 oltre c.-v., partecipaz. proventi straord.; tassa L. 50; rivolgersi Congregaz. di Carità.

VILLAMASSARGIA (*Cagliari*). — Scad. 31 gen.; L. 9500 oltre L. 500 uff. san., un c.-v.; tassa L. 50.

VITTORIO VENETO (*Treviso*). *Ospedale Civile.* — Medico primario; per titoli; età massima 40 a. Scad. 30 gen. Per schiarimenti rivolgersi all'Amministrazione dell'Ospedale.

Nota. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Luigi Spolverini è stato chiamato dalla Facoltà medica di Roma a dirigere la R. Clinica pediatrica, lasciata vacante per la nomina a Napoli del prof. Giuseppe Caronia.

Rallegramenti cordiali all'insigne clinico, nostro ottimo amico e collaboratore.

NOTIZIE DIVERSE.

VIII Congresso Italiano di Radiologia Medica.

L'VIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Radiologia Medica avrà luogo a Firenze nei giorni 14, 15 e 16 maggio 1928, sotto la presidenza del prof. Luigi Siciliano, Direttore dell'Istituto di Radiologia della R. Università di Firenze.

Annessa al Congresso vi sarà una grande Esposizione Industriale alla quale interverranno quasi tutte le case costruttrici di apparecchi elettroradiologici ed affini.

È assicurata l'adesione delle più eminenti personalità nel campo delle scienze elettro-radiologiche, che interverranno al Congresso assieme alla più gran parte dei soci della Società Italiana di Radiologia Medica.

Il Comitato Ordinatore ha ottenuto l'autorizzazione e l'adesione del R. Governo, l'appoggio di tutte le autorità scientifiche, politiche e amministrative della città, e speciali riduzioni ferroviarie sulle tariffe dei viaggiatori e delle merci.

La sede del Congresso e dell'Esposizione sarà la R. Scuola di Sanità Militare gentilmente messa a disposizione dall'on. Ministero della Guerra e dall'esimio Direttore della Scuola colonnello medico prof. Alfredo Bucciante.

Congresso ed Esposizione risulteranno sicuramente una superba manifestazione italiana, sia nel campo scientifico come nel campo industriale.

Per qualsiasi informazione rivolgersi al Segretario del Congresso e Commissario per l'Esposizione dott. Manlio Gembillo (Istituto di Radiologia della R. Università, via degli Alfani, 33, Firenze).

Per il prossimo Congresso Italiano di Otorinolaringologia.

La relazione per il Congresso della Società Italiana di Oto-Rino-Laringologia, indetto a Catania, ha per tema: «Le tonsilliti palatine e le loro complicazioni renali»; relatori: prof. F. Brunetti, Venezia, S. Stefano 2375, e prof. A. Malan, Torino, Corso Oporto 40.

I colleghi che avessero pubblicato qualche lavoro sull'argomento della relazione sono vivamente pregati di volere inviarne un estratto ad uno dei relatori.

Giornate Mediche e Veterinarie Marocchine.

La seconda riunione delle Giornate Mediche e Veterinarie Marocchine, organizzate dalla Società di Medicina e Igiene del Marocco, dal «Maroc Médical» e dai gruppi professionali medici e veterinari marocchini, sotto l'alto patronato del Residente Generale della Repubblica Francese nel Marocco, sig. Steeg, si terranno a Casablanca-Rabat durante la settimana di Pasqua, dal 3 all'8 aprile.

Relazione: «Sugli auto- ed eteroinnesti nell'uomo e negli animali e in particolare sugli innesti glandolari», relatori Leriche, Dartigue, Velu e Balozet.

Conferenze: Calmette, « La vaccinazione antitubercolare col B. C. G. »; Ramon, « Le anatossine »; Lardennois, « La chirurgia duodenale e vescicolare »; Cruchet, « Le mesoencefaliti e le loro sequele »; Vallée, « Le affezioni da virus filtrabili e loro terapia col siero di soggetti guariti »; Costantini, « Diagnosi e terapia delle splenomegalie tropicali »; Nanta, « Etiologia delle splenomegalie tropicali »; Renault, « Igiene generale di una grande città moderna »; oratore non ancora designato, « Le gastro-enteriti dell'infanzia ».

Per informazioni rivolgersi alla redazione di « Maroc Médical », Casablanca-Rabat, Marocco.

Corso di perfezionamento in igiene.

Dal 1° febbraio al 31 marzo si terrà un corso complementare d'igiene pratica, per aspiranti al titolo di ufficiale sanitario, presso l'Istituto di Igiene di Firenze, sotto la direzione del prof. Giuseppe Gardenghi. Modalità solite. La tassa d'iscrizione è di L. 300,50 (compresa la marca da bollo per la quietanza, più L. 0,50 se a mezzo cartolina vaglia e L. 2,10 per contribuzione). Le iscrizioni si ricevono alla Segreteria della Facoltà di Medicina (via degli Alfani 33), fino al 31 gennaio 1298. La tassa d'iscrizione dev'essere corrisposta alla Cassa della R. Università (piazza S. Marco 2).

Corso di medicina legale delle assicurazioni sociali.

La Facoltà Medica dell'Università di Napoli ha con recente deliberazione autorizzato il prof. M. Palmieri, docente di medicina legale, già appartenente al Servizio Sanitario Centrale della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali e già assistente alla Clinica del Lavoro di Napoli, a dettare un corso libero di « Medicina legale delle assicurazioni sociali ». Il corso venne iniziato con una prelezione sul tema « Il compito del medico nella organizzazione scientifica del lavoro ».

Corsi di perfezionamento.

Come abbiamo altre volte annunziato, numerosi corsi di perfezionamento si tengono a Berlino in tutti i campi della medicina.

Gli uffici d'informazione hanno sede al « Kaiserin Friedrich Institut », Luisenplatz 2-4, Berlin N. W. 6.

Il "Foyer médical international,, di Parigi.

È stata inaugurata a Parigi una Casa dei medici, vasta e sontuosa.

Alla cerimonia assistevano le maggiori autorità mediche ufficiali; il prof. Richet e altri oratori hanno reso omaggio ai due fondatori dell'opera, dott. Thiéry, presidente, e dott. Monnot, segretario generale del Consiglio d'amministrazione.

Il « Foyer Médical international » ha sede nell'antico e magnifico palazzo del principe Rolando Bonaparte, all'avenue d'Iéna, n. 10. L'installazione ne è meravigliosa: sale per conferenze, saloni di riunione, sale da pranzo, sale per corrispondenze, sale da gioco, fumoir, caffè, vaste halles d'esposizione, bibliotcea, il tutto d'una eleganza moderna e d'un lusso di ottimo gusto.

I medici stranieri di passaggio a Parigi vi troveranno consigli, amicizie e facilità pratiche di soggiorno.

Donazioni e lasciti.

La signora Emma Flacco, morta a Montecarlo in età di 72 anni, ha lasciato il suo patrimonio, valutato di circa 5 milioni, all'on. Benito Mussolini, nominando erede universale il sen. Luigi Mangiagalli. Secondo il testamento, a parte altri legati, l'on. Mussolini dovrà disporre per 1 milione di lire al costruendo ospedale del Littorio di Roma; L. 500,000 per la educazione morale e materiale della gioventù italiana bisognosa di essere guidata; L. 200,000 per i cieci di guerra; L. 200,000 per i mutilati e invalidi; L. 200,000 al sen. Mangiagalli per la cura del cancro; lire 40,000 all'istituto rachitici di Milano; L. 100,000 alla Casa Veterani di Turate di Milano; ecc.

La Cassa di Risparmio delle Provincie Lombarde ha, tra altre erogazioni, assegnato lire 105,000 a tre istituti di beneficenza di Milano.

Premio per ricerche sull'otosclerosi.

Nel recente Congresso della Società Otologica Americana a Nuova York, è stato annunziato che la fondazione Carnegie ha donato 30.000 dollari per finanziare le ricerche sull'otosclerosi, a disposizione della Commissione relativa presso l'Accademia di Medicina di Nuova York.

Nuovo ospedale per negri negli Stati Uniti.

È stato aperto recentemente a Greensbore, nella Carolina Settentrionale, e reca il nome di L. Richerdson Memorial Hospital. La « Duke Foundation » si è impegnata a corrispondere all'ospedale un dollaro al giorno per ogni ricoverato non a pagamento.

Il 3° centenario di Harvey.

Il Reale Collegio dei Medici di Londra ha deciso di celebrare il 3° centenario della pubblicazione del celebre « *De motu cordis* » di William Harvey, dal 24 al 28 maggio.

I principali corpi scientifici del mondo sono stati invitati a farsi rappresentare alla solennità.

In onore di Gilbert.

« Paris Médical » ha consacrato il numero del 31 dicembre u. s. alla memoria di Gilbert, che fondò questo periodico e per 16 anni lo diresse e ne curò con amore lo sviluppo. Il numero speciale contiene 13 memorie di colleghi, allievi, amici; la figura del grande Maestro vi è prospettata da più lati: scientifico, clinico, professionale, colturale, intimo, nella vita ospedaliera, nella vita militare, ecc. Caratteristica era la passione di Gilbert per l'arte; egli aveva raccolto

una collezione superba di oggetti artistici del Medio Evo e del Rinascimento; molti di essi si riferivano alla storia della medicina e sono stati legati al Museo della Facoltà Medica di Parigi; altri stanno per essere dispersi. Queste raccolte vengono illustrate, nel numero speciale, da Leman e da Menestrier.

L'attività di Gilbert nel campo medico si è volta in specie ai progressi della terapia; essa forma oggetto di un bell'articolo di Carnot.

In questo numero si trova dunque un quadro completo ed esatto del grande medico francese, dall'attività multilaterale.

Medaglia d'oro a un medico.

A Finale Emilia il dott. Pio Bonacini, dopo 32 anni di servizio di condotta — durante i quali ha disimpegnato anche l'ufficio di chirurgo direttore e poi di medico primario dell'ospedale — ha chiesto ed ottenuto un meritato riposo. Cittadini ed autorità gli hanno esternato la più viva riconoscenza per la sua lunga e lodevole opera, e gli è stata offerta una medaglia d'oro.

Scoppio d'un cassone per la aeroterapia.

Nel gabinetto del dott. Luigi Borracchia in Palermo (via dei Mille) è scoppiato un grande cassone che serviva per l'aeroterapia. Il cassone era pieno d'aria compressa e conteneva quattro ammalati, che dallo scoppio non hanno risentito alcun danno. Lo scoppio ha prodotto però gravi danni all'appartamento: due pareti ed un soffitto sono crollati ed il fragore dell'esplosione ha prodotto grande panico tra gli abitanti del popoloso quartiere.

Come si paga il medico.

Il dott. Giovanni Sepe, di 28 anni, da Secondigliano, è stato aggredito, ferito e minacciato di morte dagli eredi del commerciante comm. Miranda, perchè aveva chieste le competenze spettantigli per le cure prestate al defunto, e, in seguito al rifiuto oppostogli, si era rivolto all'Ordine dei Medici di Napoli.

Dovette farsi medicare all'Ospedale dei Pellegrini di Napoli per molteplici contusioni al viso e all'occhio.

Avvelenamento da alcool metilico.

Secondo notizie da Larache (Marocco), in quella città sono morte venticinque persone per aver bevuto dell'alcool metilico. Altre diciotto sono state trasportate all'ospedale con gravissimi sintomi di avvelenamento.

Vittime di un cane idrofobo.

Sono attualmente in cura all'Istituto antirabbico di Lione, quattordici persone, vittime di un piccolo fox bianco abbandonato il 30 dicembre nel diretto di Lione. Raccolto dai ferrovieri della Paris-Lion-Méditerranée il cane fuggì il giorno dopo morsicando parecchie persone e animali. Catturato, è morto in una clinica veterinaria con i segni evidenti della rabbia.

Per il Cimitero Monumentale del Grappa.

Il Comitato Romano (Roma, via dei Foraggi 75), fa vivo appello a tutti, affinchè ascoltino la voce della pietà e della riconoscenza verso le Spoglie mortali dei Caduti del Grappa, ed inviino il loro obolo, che per quanto modesto, sarà sempre con riconoscente animo accettato: si potrà così portare a termine un'Opera che dimostrerà come l'Italia non dimentichi i suoi migliori Figli, che per Essa fecero sacrificio di sè stessi.

Il prof. barone FRANCESCO SAVERIO MONTICELLI fu professore di zoologia a Sassari, Modena e Napoli; per sette anni coprì la carica di commissario straordinario della Stazione zoologica. Lascia pregevoli lavori, specialmente nel campo della parassitologia.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Settembre 1927.

MALATTIA	29 agos. 4 sett.		5-11		12-18		19-25		26-2 ott.	
	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi
Morbillo . . .	175	477	116	425	143	560	122	408	130	500
Scarlattina . .	118	330	146	336	156	335	171	410	184	431
Varicella . . .	22	27	34	43	38	54	29	44	44	66
Vaiuolo e vaiuoloide . .	—	—	1	1	-	—	1	1	—	—
Tifo addominale	655	1001	736	1888	714	1709	534	1291	548	1328
Dissenteria . .	29	50	18	20	22	36	18	2[illegible]	10	328
Difterite e croup . . .	170	256	165	247	214	349	177	285	225	381
Meningite c.s.e.	7	7	3	3	4	4	5	5	5	5
Poliomieliti a.a.	13	13	15	18	12	12	7	7	5	5
Encefalite letargica . .	4	4	-	—	—	—	4	4	2	2
Rabbia morsicati	65	117	59	96	72	106	41	68	51	92
Rabbia dichiarati	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Pustola maligna	78	112	69	98	60	89	50	69	45	58

Tifo petecchiale, Colera Asiatico, Peste bubbonica: nessuna denunzia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Rev. Argentina de Neurología ecc., sett.-ott. — M. ALURRALDE e al. Mielite acuta infettiva.

Rev. Med. Uruguay, nov. — SCREMINI e al. Emorragia meningea e sintomi oculari.

Rev. Med. de Chile, ott. — C. MONCKEBEG. Investigazioni sperimentali e cliniche sull'eredità tubercolare.

Haematologica, I. — E. VERATTI. Colture in vitro di sangue umano e patologico.

Rev. Med. de Barcelona, nov. — A. A. CASAMADA. Sulla patogenesi dell'eclampsia.

Marseille-Méd., 25 nov. — M. P. SÉPET. Salasso sieroso da incisioni dei tegumenti negli edemi irriducibili.

Paris Méd., 17 dic. — Numero di fisioterapia.

Ann. d'Ig., nov. — G. PERGHER. Comportamento dei fermenti lattici nell'apparato digerente. — U. DEGANELLO. Le condizioni sanitarie di Roma e di altre città italiane.

Biochim. e Ter. Sper., 30 nov. — G. DE TONI e I. MERCIALIS. Funzione escretoria dello stomaco.

Presse Méd., 7 dic. — P. NIGAUD. Le reazioni umorali nell'aspergillosi.

Rif. Med., 5 dic. — F. ARLOING. Virus filtrabile tubercolare. — C. ENRICO. Schema lobulare di Arneth.

Edinb. Med. Journ., dic. — D. M. GRESG e G. HERZFELD. Persistenza dei dotti wolfiani completi.

Bull. Ac. de Méd., 29 nov. — MARICESCO e al. La malattia di Heine-Medin in Rumania.

Giorn. di Batt. e Immunol., dic. — M. SODOGURSKAJA PALEVICI. Ricerche sulla normalizzazione dei batteri. — P. MORETTI. Splenectomia e infezione speriment.

Morgagni, 18 dic. — P. FORMICOLA e O. NUZZI. Permeabilità della « barriera emato-encefalica » al bismuto.

Arch. Méd. Chir. de l'App. resp., 3. — L. BINET. Milza e funzione respiratoria.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXV Roma, 30 Gennaio 1928 Fasc. 4

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Il tabagismo.

Uno dei fenomeni più rilevanti dell'ultimo ventennio, e più specialmente del periodo bellico e postbellico è costituito dallo straordinario aumento, in intensità e diffusione, dell'abitudine di fumare.

L'uso del tabacco, sotto forma di fiuto, di masticazione, di fumo era già abbastanza diffuso nei secoli precedenti al nostro, ma se le prime due abitudini sono state presso che abbandonate, il fumare è diventata una consuetudine comunissima in tutti gli strati sociali e ha conquistato anche il sesso femminile.

Il tabacco fu introdotto in Europa dall'America, dove certo era usato da tempo antichissimo, perchè in alcuni sepolcreti sono state ritrovate pipe di terra cotta e di pietra. E poichè queste raffigurano una testa a tipo nettamente mongolico, si pensa che l'uso del fumo sia stato importato in America da asiatici ivi immigrati.

Le prime notizie dell'uso del tabacco in Europa rimontano al 1550. Coloro che ritornavano dall'America, di recente scoperta, tra le altre novità portavano le foglie secche di questa pianta, cui si attribuivano proprietà medicamentose, sia ingerite sotto forma di decozione per curare la cefalea, il reumatismo, l'asma, sia applicate esternamente per curare ferite e piaghe.

Verso il 1560 Nicot, ambasciatore francese a Lisbona, coltivò nel suo giardino il tabacco e ne inviò la polvere a Caterina dei Medici, che introdusse il fiuto nella Corte di Francia come specifico contro la cefalea. A questo episodio si deve se la pianta del tabacco, vocabolo questo schiettamente indo-americano, fu chiamata *nicotiana tabacum*, ed il suo alcaloide nicotina.

Come si è detto, l'uso del tabacco inizialmente si diffuse in Europa a scopo terapeutico. Si annasava la polvere per combattere la cefalea e pre-

venire le epistassi, si masticavano le foglie per calmare le odontalgie; si fumava per curare e prevenire gli accessi asmatici; si applicava esternamente in polvere, in foglie, in decozione per la cura delle ferite, delle piaghe, della tigna, della scabbia e di altre malattie cutanee; e si adoperò anche per clistere per la cura della stitichezza.

Dall'uso terapeutico si passò a quello voluttuario, all'abitudine, al vizio. Furono abbandonate le applicazioni esterne, i clisteri, persistettero l'annasare, il ciccare, il fumare, non perchè se ne attendesse un vantaggio contro questo o quel male, ma perchè procurava una vaga sensazione di piacere.

Nel secolo XVII l'uso era già diffusissimo. Si annasava, si ciccava, si fumava da per tutto, tanto che i governi, specie in Inghilterra, in Russia, a Roma cercavano di correre ai ripari.

Giacomo I, re d'Inghilterra, pubblicò uno speciale editto contro gli eccessi dell'uso del tabacco.

Lo czar Michel promise il supplizio della ruota e lo *knut* ai soldati che fumavano.

I papi Urbano VIII, Innocenzo XI e Innocenzo XII comminarono la scomunica a coloro che fiutavano o fumavano in chiesa. Quanto progresso avesse fatto l'uso del tabacco nel secolo XVII è provato da uno dei brevi apostolici, nel quale si parla di preti che ciccavano durante la messa, di paramenti sacerdotali coperti di polvere di tabacco e di espettorati, di chiese piene di fumo.

Ma tante minaccie e tanti rigori non valsero ad infrenare un'abitudine oramai già troppo diffusa.

Un papa, Benedetto XIII, l'originale cardinale Lambertini, egli stesso strenuo fiutatore, pur mantenendo il divieto di fumare in chiesa sol perchè ciò costituiva fastidio ai non fumatori ed irriverenza al luogo sacro, consentì che si potesse annasare il tabacco ovunque.

Gli altri Stati anch'essi desistettero dal divieto, e si limitarono ad applicare tasse d'importazione e di smercio, che apportarono sempre più cospicue entrate agli erari pubblici. Ed oggi le tasse o redditi dei monopoli dei tabacchi costituiscono uno dei cespiti più notevoli per le finanze statali.

Il consumo del tabacco è divenuto enorme. Negli Stati Uniti d'America nel 1914 si consumarono 300 milioni di sigarette, che diventarono 46.000 milioni nel 1918 e 52.000 milioni nel 1921. E gli Stati europei non sono da meno. Nella piccola Olanda nel 1924 si consumarono 2.500 milioni di sigarette.

In Italia il consumo del tabacco fino al 1914 è aumentato con lenta progressione, anzi negli ultimi anni del periodo antebellico si era avuta una stabilizzazione. Nell'esercizio 1913-1914 il monopolio statale vendette Kg. 18.669.475 e nell'esercizio 1914-15 Kg. 18.668.902.

Ma durante, e specialmente dopo la guerra, il consumo aumentò progressivamente e intensamente, malgrado il sensibile rincaro del prezzo di vendita, eccedente la svalutazione della moneta. Nell'esercizio 1925-1926 si consumarono in Italia 29.206.721 Kg. di tabacco, ossia più di una volta e mezzo il quantitativo consumato negli ultimi anni prebellici.

Di fronte a quest'enorme diffusione dell'abitudine tabagica i governi hanno opposta una tiepida reazione. L'incertezza o l'incostanza dell'azione dannosa, specie quando non si cada in eccessi, e l'interesse dell'erario non consigliavano provvedimenti restrittivi analoghi a quelli disposti per altre abitudini voluttuarie.

La Germania, l'Austria, alcuni Stati della Confederazione nord-americana hanno adottate legislazioni limitanti l'uso del fumo di dubbia efficacia pratica. Il Giappone proibisce il fumo ai giovani di età inferiore ai 20 anni. In Inghilterra ed in Italia è proibita la vendita dei tabacchi ai ragazzi.

*
* *

Il tabacco, *Nicotiana tabacum*, è una pianta annuale appartenente alle solanacee. Si usano le foglie che hanno forma generalmente lanceolata e dimensioni varie a seconda le specie, fino a 60 cm. di lunghezza e 15 cm. di larghezza.

Le foglie contengono parecchie basi: ammoniaca, potassio, litio, manganese, ferro, magnesio, silicio; acidi minerali: solforico, cloridrico, fosforico, nitrico; acidi organici: malico, ossalico, acetico, citrico, gallico, chinico, succinico; corpi organici neutri: resina gialla e verde, gomma, cera, grasso, e la nicozianina o canfora di tabacco; ed infine la nicotina, che è il suo principio attivo.

Dal punto di vista pratico, essendosi di molto ridotta l'abitudine di fiutare e di masticare il tabacco ed essendosi invece molto diffusa quella di fumare, interessa sopra tutto conoscere la composizione e l'azione fisiopatologica del fumo di tabacco, che per ovvie ragioni subisce notevoli alterazioni in seguito alla combustione.

Il fumo emesso dalla combustione delle foglie del tabacco contiene ammoniaca, piridina e derivati piridinici, ossido di carbonio, nicotina.

Le prime sostanze, ammoniaca, piridina e suoi derivati, si trovano nel fumo di tabacco così come si trovano nel fumo derivante dalla combustione di ogni altra sostanza vegetale. Questi prodotti irritano le mucose e ad essi si devono le irritazioni della lingua, delle fauci, e delle congiuntive e in coloro che hanno l'abitudine d'aspirare l'irritazione bronchiale, che provoca la tosse mattutina dei fumatori.

Oltre quest'azione irritante locale le basi piridiniche, che sono liquidi oleosi volatili, hanno una tossicità generale, che si determina solo dopo l'assorbimento per le vie respiratorie di una enorme quantità di fumo, e quindi praticamente trascurabile.

A queste basi piridiniche, che, come è noto, sono vasodilatatrici, si è attribuita la leggera azione antiasmatica del fumo del tabacco.

L'ossido di carbonio si trova in proporzioni diverse nel fumo a secondo del modo con il quale il tabacco viene fumato. Il fumo delle sigarette ne contiene da 0,50 a 1 per cento, il fumo di pipa l'1 per cento, e quello dei sigari dal 6 all'8 per cento a seconda della compattezza della foglia. La quantità assorbita nell'organismo attraverso la mucosa della cavità orale è del tutto trascurabile. L'ossido di carbonio del fumo di tabacco viene assorbito dai polmoni da coloro che hanno l'abitudine d'aspirare, e quindi dai fumatori di sigarette, o da coloro che trovansi in ambienti chiusi dove si fumi abbondantemente. È raro che in questo modo possa aversi l'intossicazione ossicarbonica. Si è trovato che nell'aria confinata di ambienti dove si era intensamente fumato la concentrazione dell'ossido di carbonio non raggiungeva il 0.01 per cento e che nel sangue degli individui che si trovavano in tali ambienti l'ossido di carbonio si trovava nella proporzione del 5 %.

Queste proporzioni sono certo sufficienti a provocare disturbi tossici, specie nelle persone sensibili: ed in effetti non è difficile constatare in ritrovi dove si fuma persone, specie donne e ragazzi, che sono prese da capogiri, cefalea, mancanza di respiro, nausee e perfino deliqui.

I fumatori di sigarette invece assorbono l'ossido di carbonio direttamente con il fumo aspirato. Su 10.000 parti di aria e fumo inspirati si trovano da 7 a 25 parti di ossido di carbonio, proporzione che quando si fumi ed aspiri con una certa insistenza, è sufficiente a dare fenomeni tossici. In effetti è stato dimostrato che gli animali posti in un'atmosfera carica di fumo di tabacco muoiono per intossicazione ossicarbonica.

Nel fumo si trovano altre sostanze tossiche, cianuri, solfocianuri, arsenio, ma in traccie così piccole da essere praticamente trascurabili.

Il componente più importante delle foglie e del fumo del tabacco è la nicotina, scoperta da Vauquelin nel 1809. È un liquido oleoso, volatile, di colore paglierino, di odore piccante e sgradevole, di sapore acre ed urente. È solubile in acqua, alcool, etere e cloroformio.

La quantità di nicotina contenuta nel tabacco varia con la varietà delle piante, con la specie delle foglie, quelle cauline ne contengono di più, con il modo di preparazione. Il tabacco da fiuto ne contiene poco più del 2 %. La quantità percentuale di nicotina contenuta in alcuni tabacchi lavorati da fumo più in uso in Italia è la seguente: *Sigari leggeri*: Grimaldi e Brasile 1,8 %, Dama 2,4 %, Branca 2,5 %, Cavour 2,1-2,5 %; *Sigari forti*: Virginia 3,1 %, Sella 3,2 %, Toscani 3,5-3,8 %, Napoletani 4,5 %; *Sigarette*: Macedonia 2 %, Giubeck 2,4 %, Maryland 1,9 %, Nazionali 3,6 %, Indigene 3,3 %.

La nicotina è un veleno potentissimo. Guillain e Gy mettendo un agitatore di vetro intriso di nicotina nella cavità boccale di gatti videro morire questi animali in 25 secondi. I sorci bianchi sono fulminati da una goccia di nicotina posta sulla congiuntiva; un cavallo è ucciso in 4 minuti dall'ingestione di otto goccie di nicotina.

Uno dei problemi che ha interessato molto fisiologi e patologi è quello riguardante il contenuto di nicotina nel fumo di tabacco. È stato sostenuto che la combustione distrugge la nicotina, ma ulteriori ricerche hanno accertato che essa passa nel fumo sia pure in dosi ridotte. In effetti gran parte dell'azione piacevole e tossica del fumo è dovuta al contenuto di nicotina.

Durante la combustione una parte viene distrutta ed una parte passa nel fumo. La quantità della parte distrutta è in rapporto inversa al grado di umidità del tabacco: quanto più questo è secco tanto più ne viene bruciata. La tossicità del tabacco da fumo è perciò più in rapporto al contenuto di acqua che a quello di nicotina.

Nella zona immediatamente dietro l'anello di combustione di un sigaro si condensano acqua ed altre sostanze volatili, e tra queste la nicotina, che durante l'aspirazione viene asportata e trascinata con il fumo. La quantità di nicotina che viene a trovarsi nel fumo è in relazione alla lentezza della combustione, alla grossezza ed alla compattezza del fumo. Perciò il fumo dei sigari corti, grossi e compatti contiene più nicotina dei sigari lunghi, sottili e lassi. Il fumo delle sigarette, che sono sottili ed hanno il tabacco poco compresso, contiene perciò proporzionalmente minore quantità di nicotina. Ciò è stato sperimentalmente dimostrato: il tabacco Virginia contiene il doppio di nicotina del tabacco Manilla, ed il fumo delle sigarette fatte con il primo tabacco contiene una quantità di nicotina di molto inferiore a quello contenuto nel fumo di sigaro di egual peso del secondo. Il fumo delle pipe contiene la minor quantità di nicotina, specie se la testa è fatta di sostanza porosa ed il tubo di aspirazione molto lungo, e ciò perchè le sostanze volatili vengono assorbite o condensate.

Da ciò si deduce che non è possibile determinare la quantità di nicotina nel fumo da quella

contenuta nel tabacco. Come si è detto concorrono al riguardo molte condizioni, il modo di fumare (sigaro, sigarette o pipa), la compattezza, la grossezza, la lunghezza del sigaro, della sigaretta, la lunghezza ed il materiale di costituzione della pipa, ed infine l'umidità del tabacco.

La nicotina contenuta nel fumo non viene tutta assorbita dall'organismo. L'assorbimento boccale è scarso e la maggior quantità dell'alcaloide del fumo dei sigari e delle pipe viene ricacciato con il fumo risoffiato fuori della bocca. L'assorbimento è maggiore quando il fumo è trattenuto a lungo nella bocca. Nel caso, invece, dei fumatori di sigarette, che aspirano il fumo, oltre l'assorbimento boccale c'è l'assorbimento polmonare, che è molto più attivo. Da questo punto di vista le sigarette sarebbero più nocive dei sigari e delle pipe.

*
* *

L'avvelenamento tabagico può essere medicamentoso, professionale, voluttuario.

L'avvelenamento medicamentoso è ora raro, anzi può dirsi scomparso. Nessuno più crede alle virtù terapeutiche delle foglie, della polvere o dell'estratto di tabacco. Come si è detto, fu usato per clistere contro la stitichezza, per applicazioni esterne contro le affezioni parassitarie della pelle, in polvere contro le epistassi e le cefalee, ed il fumo fu per molto tempo riconosciuto utile nella cura dell'asma, della bronchite, della malaria, del reumatismo, dell'idropisia, delle affezioni epatiche, del cancro, della rabbia, dell'isterismo, della carie dentaria, ecc., ma in effetti queste abitudini terapiche non fecero che aumentare il numero delle intossicazioni tabagiche, e la letteratura registra parecchi casi di esiti letali.

Durante l'ultima pandemia influenzale si diffuse l'opinione che il fumo del tabacco avesse azione disinfettante e quindi profilattica contro le infezioni delle vie respiratorie, il che contribuì molto all'accrescimento dell'abitudine di fumare. In effetti Puntoni dimostrò che il fumo del tabacco ha forte azione disinfettante *in vitro*, ma che quando esso viene portato in bocca tale azione si attenua e diventa trascurabile a contatto della saliva e della mucosa.

Si è affermato che le operaie addette alle manifatture del tabacco vanno soggette a lenta intossicazione tabagica. Si sarebbe riscontrato che tali operaie vanno soggette a cefalee, dispepsie, aborti, affezioni nervose centrali e periferiche e perfino forme scorbutiformi e cachetizzanti. Però le migliorate condizioni igieniche delle fabbriche hanno fatto scomparire queste forme di avvelenamento. Tanto che Celli nel 1908, in seguito ad una larga inchiesta potette escludere la esistenza di forme di tabagismo nelle operaie delle manifatture italiane. Tuttavia Peri constatò disturbi nervosi e psichici durante la mestruazione, che attribuì all'azione nociva del tabacco sul sistema nervoso in generale, e Allevi constatò un'alta percentuale di gastriti, di gastroenteriti, bronchiti e nevralgie che attribuì alla natura speciale del lavoro.

Prima di dire dell'avvelenamento voluttuario conviene ricordare le forme di avvelenamento volontario che si verificarono durante l'ultima guerra. Tra i vari metodi escogitati per sottrarsi agli obblighi militari si ricorse a quello di ingerire notevoli quantità di tabacco allo scopo di provocare disordini circolatori ed altri fatti tossici. Alcuni ingoiavano sigari in pezzi, altri ingerivano decozioni o infusi concentrati, talvolta fatti in aceto allo scopo di rafforzarne l'azione e di provocare un'anemizzazione intensa. Si ebbero forme gravi di avvelenamento, la cui causa si potette svelare con la lavanda gastrica o all'autopsia.

Il tabagismo inteso come avvelenamento voluttuario è dovuto all'uso prolungato ed all'abuso di fiutare, masticare e fumare il tabacco. L'abitudine di annusare e di ciccare va attenuandosi e tende a scomparire, mentre, come si è detto, l'abitudine di fumare va divenendo sempre più diffusa ed intensa.

Il tabagismo da fumo può essere acuto e cronico.

Pochi tra quelli che s'iniziano all'abitudine di fumare, in genere ragazzi o adolescenti, sfuggono all'intossicazione acuta. Dopo le prime boccate e con una rapidità che dimostra la notevole capacità di assorbimento dei prodotti tossici da parte della bocca e delle prime vie respiratorie, forse anche dei seni frontali, si ha un senso indefinito di malessere, cui seguono, insistendo nel fumare, vertigini, nausea, confusione nelle idee, vomito, sudori freddi, tremori, cefalea, ronzii nelle orecchie, offuscamento di vista, deliqui. Intanto si ha pallore intenso, midriasi, tachicardia.

Superata questa crisi si ha l'assuefazione e si può fumare senza avvertire disturbi immediati.

Il tabagismo cronico ha una sintomatologia complessa e variabile. Il fumo può avere azione nociva su vari organi e sistemi, e quest'azione varia moltissimo a seconda del modo con il quale si fuma, della quantità del tabacco fumato, dalla predisposizione e da altre abitudini individuali.

Vi sono individui che giungono all'estrema vecchiezza senza avvertire alcun danno dall'aver fumato intensamente per quasi tutta la vita; mentre ve ne sono altri che non riescono mai ad assuefarsi.

D'altra parte è dimostrato che l'azione tossica del tabacco è rinforzata da altri avvelenamenti, dall'alcoolismo sopra tutto.

L'abitudine di fumare provoca non raramente irritazione cronica della bocca, delle fauci, della laringe, delle tonsille, dei bronchi. Disturbi caratteristici dei fumatori, specie di quelli che aspirano il fumo di sigarette, sono la secchezza ed un senso di pizzicore alla gola e alla lingua, la raucedine, la tosse mattutina senza espettorato o con espettorazione scarsa, gelatinosa.

Si è affermato che l'irritazione continua della lingua, associata all'azione tossica della nicotina, e meccanica da parte di pipe o bocchini, determini e favorisca la produzione di tumori maligni. Si è parlato di cancro di fumatori, ma le indagini più recenti non hanno confermato questo rapporto etiologico.

Il fumo eccita i gangli simpatici, aumenta quindi la secrezione delle glandole del tubo digerente, ma successivamente, cessando di fumare, si ha una depressione dei gangli stessi. Donde salivazione in primo tempo e quindi secchezza della bocca, aumento dapprima e poi riduzione della secrezione gastrica che si estrinseca rispettivamente con aumento e perdita dell'appetito. A lungo andare si può determinare ipercloridria continua e gastrite acida.

In genere però la sensazione dell'appetito nei forti fumatori è debole. Ciò verisimilmente può mettersi in rapporto al fatto che la nicotina eccitando le fibre dello stomaco inibisce i movimenti dello stomaco, movimenti che contribuirebbero alla sensazione della fame. Con esami radiologici si è potuto accertare che il fumo di un sigaro arresta i movimenti dello stomaco e che tre minuti dopo la cessazione del fumo i movimenti riprendono con maggiore vigoria.

Allo stesso meccanismo si può attribuire l'effetto lassativo del fumo. Vi sono persone che al mattino non possono evacuare se prima non hanno fumato. Possono qui entrare in giuoco elementi psichici in rapporto a fatti consuetudinari o anche i così detti riflessi condizionali. Ma però il fenomeno può anche interpretarsi con un aumento dei movimenti intestinali seguìto all'inibizione indotta dal fumo.

Il fumo determina effetti considerevoli sulla circolazione. Quelli più comuni, si potrebbe dire costanti, sono l'aumento della frequenza dei battiti e della pressione.

La tachicardia è transitoria negli iniziati, ma finisce per diventare persistente nei fumatori inveterati: si può avere un aumento persistente perfino di dieci pulsazioni.

Nei fumatori moderati l'aumento di pressione non supera i 20 mmgr. L'ipertensione comincia con le prime boccate e dura per tutto il periodo del fumo. Nei novizi e nei fumatori inveterati che smettono l'abitudine si può avere una crisi di ipotensione che può andare fino al collasso.

Altri disturbi circolatorî meno frequenti ma più importanti sono le palpitazioni, le aritmie, gli accessi anginosi. È caratteristico di questi disordini che scompaiono sicuramente abbandonando l'abitudine tabagica.

Tutti questi disturbi sono funzionali ed in rapporto all'azione tossica esercitata dalla nicotina sull'apparato nervoso del cuore.

Le crisi anginose tabagiche raramente assumono la fenomenologia della vera angina pectoris. Esse si verificano per lo più dopo i pasti e di notte anzi che dopo sforzi.

Sono registrati anche casi di claudicazione intermittente dovuti sicuramente ad intossicazione nicotinica.

Si è affermato e creduto di provare sperimentalmente che la nicotina sia capace di produrre l'arteriosclerosi, ma al riguardo l'accordo dei varî studiosi dell'argomento è tutt'altro che completo.

La nicotina è essenzialmente un veleno del sistema nervoso. Attraverso questo provoca gli accennati disturbi a carico dell'apparato digerente e circolatorio, e la sua azione è bene evidente sul cervello, sul midollo spinale, sugli organi sensoriali.

I fumatori smodati soffrono tremori caratteristici od oscillazioni rapide, più intensi generalmente al mattino, sensazioni vertiginose, cefalee, neuralgie, gastralgie, insonnia.

Le esperienze psicotecniche istituite allo scopo di saggiare la capacità mentale dei fumatori hanno dato risultati che sono stati variamente interpretati. Si è trovato riduzione dell'attenzione, delle reazioni coordinate e dei processi associativi, della facoltà di calcolare, ed infine un rendimento lavorativo inferiore. Si è obbiettato che è difficile stabilire se tutte quest'inferiorità siano l'effetto dell'abitudine intemperante o non siano esse stesse l'espressione di un fattore causale.

Sta di fatto che i più strenui fumatori si trovano tra i neurastenici o negli individui comunque tarati nel sistema nervoso, che d'altra parte della cattiva abitudine ricevono i maggiori danni e che sono i meno capaci a disfarsene.

Come segno dell'azione sul midollo spinale si ha esagerazione dei riflessi profondi.

Gli effetti sulla vista sono i più rilevanti se non i più frequenti, e dimostrano la reazione di rinforzo che le varie intossicazioni provocano l'una sull'altra. L'ambliopia e gli altri disturbi oculari possono essere determinati dalla nicotina, ma più spesso e nelle forme più gravi si riscontrano in individui intemperanti nel fumare e nel bere.

I disturbi auricolari sono frequenti sopra tutto

sotto forma di ronzii, che per molti fumatori costituiscono l'avvertimento d'aver superato il limite di tolleranza.

*
* *

È notevole la facilità e la rapidità con la quale si acquista l'assuefazione alla nicotina. Dixon sulla base delle osservazioni cliniche e di esperimenti sostiene che quest'assuefazione si può spiegare solo ammettendo che con l'introduzione di nicotina nell'organismo si provochi incessantemente e proporzionalmente una sostanza capace di distruggerla. Questa è l'ipotesi più verisimile. Certo è che superate le disavventure del noviziato e mantenendosi entro il limite di tolleranza il fumo lungi dal provocare sofferenze, diventa un'abitudine piacevole dalla quale riesce difficile sottrarsi.

Per altre intossicazioni voluttuarie, per l'alcoolismo, il morfinismo, il cocainismo si hanno elementi per spiegare la imperiosità dell'abitudine, in quanto si tratta di sostanze che provocano fatti positivi di benessere transitorio, sensazioni di piacere che chiaramente e nettamente giungono alla coscienza. Per il fumo invece la sensazione di soddisfazione e di piacere è quanto mai indefinita, vaga e complessa nello stesso tempo, e di difficile analisi.

Forse questa indeterminatezza è in relazione al fatto che la nicotina pur agendo sul sistema nervoso centrale, ha azione prevalente sul sistema nervoso autonomo e attraverso le variazioni indotte su questo sistema si hanno le modificazioni dello stato di coscienza.

Il tabacco è un sedativo o è un eccitante? Forse l'uno e l'altro. Noi abbiam visto che sul sistema simpatico si ha dapprima un effetto eccitante e poi deprimente. Verisimilmente una medesima doppia azione si ha sul sistema nervoso centrale, tenuto presente anche che questo oltre l'influenza diretta della nicotina subisce gli effetti delle variazioni circolatorie determinate dalla stessa nicotina.

Anzi osservazioni cliniche e sperimentali tenderebbero a dimostrare che il fumo riesce eccitante negli stati di depressione e depressivo negli stati di eccitazione.

Non è dubbio che nella sensazione di piacere indotta dal fumo entrano componenti motorî e sensitivi.

Il fumare importa una serie di movimenti: comprare i sigari o le sigarette, accenderli, portarli alla bocca e levarli, aspirare il fumo e poi soffiarlo. Tutti questi movimenti ripetuti molte volte finiscono per acquistare un ritmo, e tutto ciò che è ritmo riesce piacevole. Una riprova si ha nel fatto che i fumatori preferiscono che il sigaro o la pipa si spengono per avere il piacere di riaccenderli. D'altra parte è di comune osservazione il fatto che nei tentativi di sottrarsi all'abitudine tabagica si usa tenere in bocca boli di gomma e masticarli continuamente oppure tenere fra le labbra qualche bastoncino di legno. È ovvio che in tal modo si procura inconsciamente di sostituire almeno il componente motorio del piacere.

Come componenti sensoriali del piacere entrano senza dubbio l'olfatto e la vista. Il tabacco ha un aroma gradevole e la vista del fumo è piena di fascino. Tutti sanno come il fumare all'oscuro dia poca o nessuna soddisfazione. I fumatori seguono con vivo compiacimento le volute, i varî addensamenti, le varie tonalità di colore del fumo. Questa visione eccita fortemente la fantasia e trasporta in un'atmosfera di sogni.

Certo è che il fumo nei periodi di calma dello spirito rinforza lo stato di benessere, distrae nei momenti di depressione, è un forte riposante durante le interruzioni del lavoro, specie cerebrale.

L'abitudine di fumare è ora così diffusa che se le conseguenze dannose fossero effettivamente gravi si dovrebbe avere un notevole aumento della morbilità generale, il che non è.

Fortunatamente i disturbi da tabagismo sono tutti funzionali, non sono legati ad alterazioni organiche inemendabili, e scompaiono cessando di fumare.

D'altra parte, i disturbi stessi, tranne che per gli individui particolarmente sensibili, non si determinano se non quando si ecceda.

E per svantaggi di poca entità e facilmente eliminabili l'uomo non rinunzierà ai momenti di riposo, di piacere, di sogno che gli procura il fumo.

G. DRAGOTTI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI ALGHERO.

L'echinococco del fegato

per il dott. ATTILIO BALDUZZI, direttore e primario.

Per quanto la sede della idatide del fegato possa avere la sua importanza nella genesi e nella determinazione dei sintomi su cui si basa la diagnosi, non avviene però sempre che questi si presentino costantemente con quella chiarezza che è postulato necessario per una esatta interpretazione clinica. Infatti il complesso sintomatologico può assumere fisionomie eccezionali, capaci di deviare il concetto diagnostico, ed offrire difficoltà le quali si appalesano fin dallo inizio del morbo, che è allora incerto e non ben precisabile, onde è dato constatare che i così detti *disturbi funzionali* più o meno a distanza non hanno quel valore reale ed assoluto che fu attribuito ad essi. Spesso anzi si prestano a confusione. V'è discordanza anche fra gli autori Il Dieulafoy ebbe ad insistere sopra i piccoli sintomi, come egli soleva chiamarli, delle cisti idatiche del fegato, quali ripugnanza ai cibi grassi, dolore della spalla destra, l'orticaria per assorbimento tossico, sintomi che egli attribuiva alla concomitante insufficienza epatica. Invece, secondo il Durante, il parenchima epatico tollera l'echinococco senza manifesta alterazione della sua funzione e dello stato generale del paziente finchè la cisti non raggiunge un certo volume, che la renda apprezzabile obbiettivamente, o dannosa alla funzione degli organi vicini. Anche il Cignozzi ritiene che le cisti di echinococco del fegato, che nella grandissima parte hanno sviluppo nei due lobi laterali, non danno quasi mai alcun disturbo funzionale, e subbiettivo locale e generale quando non siano complicate con fatti endocistici degenerativi o settici. Quando il fegato aumenta nei suoi diametri nel lobo che è sede della cisti, il malato si lagna di molesto senso di peso, di tensione e di disturbi digestivi. La pressione sullo stomaco e sopra l'intestino sarebbe la causa della nausea, della tendenza al vomito, di penose digestioni, di stitichezza ostinata, e di tensione del ventre. La pressione sui rami del vago determinerebbe spesso dispepsia. Con la eccessiva distensione della capsula epatica si paleserebbe sovente il dolore caratteristico per le sue irradiazioni alla spalla, all'ombellico, all'apofisi ensiforme, ed anche in altri territori, come in uno dei miei malati (caso secondo). Il complesso di questi sintomi, come vedremo, in certi casi ha un valore relativo, a meno che non concorrano altri fatti, di cui appunto una valutazione chiara e precisa rischiara la diagnosi. Può anche accadere che le ricerche sierologiche praticate tardivamente riescano negative, come nel secondo infermo. Notisi che la confusione è facile con altre affezioni epatiche, specialmente colla colecistite, come ebbe a verificarsi in un caso, pubblicato di recente dal Nigrisoli Pietro, di cisti idatidea suppurata della faccia inferiore del lobo di Spigelio, il cui decorso portava nettamente verso la diagnosi di infiammazione acuta della colecisti probabilmente da calcoli. Queste considerazioni ed altre, che in seguito esporrò, scaturiscono dalla disamina delle seguenti storie cliniche.

CASO I. — R. G., di anni 29. La malattia di cui è affetto iniziò nel 1916 con dolori all'epigastrio, disturbi della digestione e febbre, durati venti giorni. Questi sintomi ricomparvero l'anno appresso con caratteri identici, e da allora in poi riapparvero ad intervalli più o meno brevi. Intanto l'A. deperiva, aveva digestioni lunghe e penose, con senso frequente di nausea, e si nutriva poco. Quando lo visitai nel luglio del 1922, notai cachessia, cute bruno-terrea, mucose e congiuntive ceree, lingua patinosa, temperatura vespertina 37,5, dolore all'epigastrio. In dicembre fu colto da brividi, febbre a 39,5, malessere generale, cefalea, sovraeccitazione, stitichezza, e da un dolore, all'epigastrio ed all'ipocondrio destro, così forte da strappargli grida; insonnia. Il dolore s'irradiava posteriormente alla spalla destra, al di sotto della quale, dall'angolo della scapola in giù, notavasi: abolizione del fremito vocale, ottusità alla percussione, respiro allontanato, assente il fenomeno del Baccelli. Impossibile la esplorazione manuale della regione dolente. Tale reperto semeiologico si mantenne per molti giorni. Tre consulti non portarono nessuna luce sulla diagnosi. In venticinquesima giornata l'A. emise colle feci alcune masse biancastre, gelatinosiformi, riconosciute per cisti figlie di echinococco, la cui emissione continuò nei giorni seguenti, e con essa migliorò lo stato generale, la febbre rimise e divenne intermittente, ed al suo declinare venivano emesse le cisti figlie. Il dolore scomparve, si potè esplorare l'ipocondrio e seguirne le fasi riduttive. Diagnosi: idatide del fegato apertasi nel colon dopo aver contratto salde aderenze con esso.

Il reperto semeiologico dell'emitorace destro non mutò, e la febbre continuava; si era prodotta una pleurite essudativa, guarita colla toracentesi.

L'A. attualmente gode ottima salute.

CASO II. — L. G. di anni 37. Entra all'Ospedale il tre gennaio 1924. È malato da quattro anni. Accusò dapprima un lieve dolore all'ipocondrio destro, ma continuò a lavorare per un anno; il dolore crebbe, e l'A. dovette smettere di lavorare Il dolore irradiavasi alla regione scapolare e lungo la doccia vertebrale di destra, all'addome fino all'inguine. Pareri diagnostici discordanti (sciatica, morbo di Pott, colelitiasi, ecc.).

Esame obbiettivo: individuo di statura alta, ben conformato, denutrito, oligoemico. Nulla di patologico alla testa ed al collo, posteriormente

a destra, nel torace, ipofonesi dalla settima costa in giù, e murmure respiratorio allontanato. Anteriormente, la metà destra del torace è più sollevata della sinistra, l'arcata costale è rovesciata in avanti ed in alto. Il limite superiore dell'aia epatica non è abbassato, l'inferiore sì, perchè il fegato ingrandito arriva quasi alla linea ombellicale traversa. Il fegato si sposta in basso colla respirazione, ed è dolente alla palpazione. Alvo stittico. Temperatura serale 37,8. Diagnosi: idatide del fegato. Ai primi di febbraio, per sei giorni consecutivi, brividi di freddo, febbre modica, con defervescenza sudorale. Reazione del Casoni, ricerca biologica del Ghedini-Weinberg, negative. Esame citologico del sangue; spiccata leucocitosi, prevalenti i polinucleati, scarsi eosinofili e neutrofili, pochi i mononucleati. Il venti febbraio, itterizia cutanea e congiuntivale. Ventisei febbraio, puntura esplorativa sotto l'ultima costa destra allo indentro dell'angolare della scapola, dirigendo l'ago obliquamente in avanti, in alto ed allo interno fino a percepire mancanza di resistenza. Estrassi dieci centimetri cubici di pus. La puntura riuscì innocua.

Intervento operativo il giorno dopo; anestesia locale, laparotomia pararettale destra; seconda incisione allo esterno parallela all'arco costale, faccia anterosuperiore del fegato di colore normale a superficie liscia. Negative alcune punture esploratrici. All'esame manuale della faccia inferiore al centro del lobo destro riscontro un infossamento a scodella, assottigliato. Impresso un movimento a bascule al fegato, pratico una puntura esplorativa nel punto molle, con esito positivo. Fatta la protezione dei visceri circostanti dò esito al pus con un Klemmer; al pus sono commiste innumerevoli cisti figlie di echinococco. Vuotamento e detersione della sacca marciosa, toeletta degli organi vicini con soluzione fisiologica calda ed etere. Applico due lunghi Klemmer ai margini della cavità cistica, e li lascio in sito. Zaffo di questo e tasca alla Mickulicz. Temp. serale 39,5. Al terzo giorno cambio della medicazione e tolte le pinze. Clisteri nutritivi ed ipodermoclisi glucosate per tre giorni. La ferita procede bene. In decima giornata febbre a 40 C. Iniezioni di siero antistreptococcico polivalente per tre giorni. Ipodermoclisi di soluzione fisiologica. Apiressia. La ferita procede regolarmente ed è rimarginata ai primi di luglio, per cui l'infermo viene dimesso. Attualmente sta bene e lavora.

CASO III. — C. C. di anni 25, nubile. Nessuna malattia prima dell'attuale che risale a dieci anni addietro.

L'A. si era accorta di un tumore nella metà destra dell'addome, ma non disse mai nulla ai genitori. Nell'ottobre 1924, malessere generale, cefalea, febbre a tipo intermittente preceduta da brividi, alvo chiuso. Nulla di patologico alla testa ed al torace. Nella metà destra dell'addome rilevai un tumore sferoidale dall'ipocondrio alla fossa ileocecale, poco spostabile. Milza ingrandita. Intolleranza dello stomaco per i cibi, compreso il latte. Esame del sangue negativo per la malaria, modica polinucleosi, con scarsi eosinofili. Il chinino per iniezioni non modificò la febbre. Diagnosticai una cisti di echinococco malgrado la durezza del tumore. La proposta di un intervento non fu accettata, e l'A. fu condotta da un radiologo che diagnosticò una milza ectopica. Aggravandosi le condizioni l'A. fu ricoverata in quest'Ospedale, dove intervenni con laparotomia pararettale destra il 4 dicembre, previa cloronarcosi. Il tumore a pareti calcaree spesse, con il polo superiore si innicchiava nel fegato aderendovi saldamente, con l'inferiore aderiva al cieco, con la faccia posteriore ai visceri retrostanti. Con puntura esploratrice estrassi un liquido citrino torbido. Incisa la cisti fuoriuscì un liquido scarso e torbido, color birra di Monaco, commisto a cisti figlie di echinococco morte, la cui eliminazione durò pochi giorni. Zaffo e medicazione. La parete calcare della cisti madre si eliminò lentamente. Nel maggio fu applicata la elioterapia regionale. Nel settembre 1925 la ferita essendo rimarginata, l'A. fu dimessa guarita.

Uno sguardo d'insieme alle suesposte storie cliniche dà l'impressione che mentre le unisce uno stretto legame patogenetico e di sede, per quanto sia diversa l'ubicazione nell'organo affetto in ciascun caso, pure vi sia qualche cosa che distacca un quadro clinico dall'altro, come variano pure il decorso e l'esito finale, voglio dire la morte della cisti. È necessario pertanto approfondire l'esame per mettere in rilievo i caratteri comuni importanti e quelli particolari.

Nei due primi infermi il sintomo iniziale è rappresentato da un dolore, localizzato all'epigastrio in uno, all'ipocondrio destro nell'altro, dolore che si mantenne costante fino all'ultimo, richiamando l'attenzione verso la regione dolente, e come tale predominò ed ebbe la sua importanza come manifestazione clinica. All'opposto il sintomo dolore fu affatto assente nel terzo caso, tanto che la cisti voluminosa costituì un reperto insospettato rivelato dall'esame metodico dell'inferma, che aveva sempre celato il tumore. Ben si spiega il sintomo dolore nei due primi casi, poichè l'idatide era situata nell'interno dell'organo, mentre nel terzo, a localizzazione marginale, il dolore mancò. E poichè il dolore nei due primi infermi risaliva a parecchi anni avanti, mi sembra sia logico ammettere che la cisti intraparenchimatosa del fegato dia segno manifesto della sua presenza fin dai primordi del suo sviluppo, onde ben a ragione il Dieulafoy diede ad esso grande importanza, ma sostenne che il dolore si localizzerebbe alla spalla destra, cosa che non si verificherebbe sempre. Nel primo infermo il dolore rimase sempre localizzato all'ipocondrio destro, e, quando si presentò tardivamente alla spalla destra, con tutta probabilità era da ascriversi alla pleurite secondaria, che si sviluppa per contiguità e per via linfatica.

La irradiazione del dolore nel secondo infermo non si limitò alla spalla destra, ma si diffuse anche alla rachide per via riflessa e centripeta, ed anteriormente all'addome, ed in basso alla radice della coscia. Osservo che il dolore alla spalla

destra non depone esclusivamente per la idatide del fegato. perchè io ebbi ad operare recentemente due infermi affetti rispettivamente uno da ascesso subfrenico destro con pleurite essudativa secondaria, l'altra da empiema destro apertosi anteriormente nel secondo spazio intercostale allo esterno del margine destro dello sterno, ed in essi il primo sintomo a presentarsi era stato un dolore sordo alla spalla destra.

In un caso illustrato di recente dal Delbet l'infermo si lagnava, alla entrata in clinica, di un senso di peso all'epigastrio, che compariva consecutivamente ai pasti, e di dolori vaghi alla schiena; ma aveva avuto in precedenza parecchi attacchi ritenuti coliche epatiche, ed i dolori erano stati così forti da richiedere iniezioni di morfina.

Dolore sordo all'ipocondrio aveva accusato un anno prima un malato di Dufour e Gerney, affetto da cisti di echinococco del fegato suppurata per infezione tardiva da tifobacilli, dopo avere superato un tifo. Il dolore, unito a qualche elevazione febbrile, aveva fatto pensare ad una colelitiasi, mentre l'intervento operativo fece constatare una sacca marciosa contenente numerose cisti da echinococco.

Il dolore considerato isolatamente non sarebbe patognomonico della idatide del fegato, perchè nelle affezioni dolorose del quadrante superiore dell'addome deve pensarsi anche alla possibilità di una litiasi biliare, sebbene il Lejars insegni che non si deve accettare con troppa facilità tale diagnosi quando i dati obbiettivi siano discutibili ed incompleti. Infatti molti sono gli organi ammassati nel quadrante superiore destro dello addome (pars pilorica dello stomaco, fegato, colecisti, vie biliari, testa del pancreas, epiploon, colon, e, non raramente l'appendice), ed ognuno d' essi, ed i loro rapporti di fissazione possono essere sede di dolori, dei quali talora anche a.. l'intervento riesce difficile scoprire la regione ed il punto di partenza. In tali considerazioni conviene il Nigrisoli Pietro nel riferire il caso sopracitato.

Se dobbiamo riguardare il dolore come il sintomo che prima si presenta nella cisti di echinococco del fegato, abbiamo visto anche come per esso solo non debba pensarsi alla idatide, ma s'imponga la ricerca di tutti quegli altri sintomi che confermino il giudizio diagnostico, se pure non sia miglior consiglio passare in rassegna tutte le affezioni che si manifestano con dolorabilità della regione in discorso, vagliarne la sintomatologia, ed arrivare alla diagnosi di echinococco per esclusione. È il criterio, che, da me adottato nel secondo malato, mi condusse felicemente alla diagnosi. Nelle nostre regioni dove l'echinococco predomina, i dati anamnestici e le indagini sulle abitudini del malato, della presenza di cani in casa, devono essere tenuti in conto. Conviene sopratutto porre in opera le ricerche sierologiche, tralasciando il prò ed il contro di cui dirò in seguito, perchè se praticate tardivamente possono essere negative, come capitò a me nel secondo caso a motivo delle complicanze sopravvenute.

Un sintomo assai caratteristico è ritenuto da molti autori l'orticaria, su cui ha insistito particolarmente il Dieulafoy. Essa indicherebbe un riassorbimento di liquido di echinococco. Nei tre casi surriferiti ed in altri di mia osservazione essa non si presentò mai nel corso della malattia, ciò che dimostra l'incostanza di tale sintomo, ond'è logico pensare che esso dipenda da condizioni particolari di cui non è stata data ancora una spiegazione esauriente.

L'aumento di volume del fegato è da tenere in conto, ma, come è facile intendere, non è sintomo precoce, ma tardivo.

Se la diagnosi di idatide del fegato può riuscire facile quando la sede è al margine anteroinferiore dell'organo, dove fa sporgenza ed è palpabile, non può dirsi altrettanto quando si annida nell'interno di un lobo, perchè fino a tanto che è piccola non si ha aumento di volume dell'organo, aumento che avviene proporzionatamente allo sviluppo della cisti.

È caratteristico l'aumento in toto dell'organo, che conserva la sua forma, come constatai nel secondo infermo, in cui tutto il fegato ingrossato oltrepassava l'arcata costale, era ben palpabile, e si percepiva nettamente lo spostamento in basso nei movimenti respiratori. Questi rilievi riuscivano impossibili nel primo infermo a causa dell'eccessiva dolorabilità dell'ipocondrio destro, ma con la ispezione facilmente rilevavasi l'inarcamento e la sporgenza di essa denotanti senza dubbio che l'organo sottostante era aumentato di volume. In entrambi gl'infermi notavasi l'asimmetria delle arcate costali, con inarcamento e sporgenza della destra, anzi nel secondo infermo notavasi in più la eversione in alto ed in avanti, dato questo di grande importanza diagnostica, perchè secondo il Delbet, nella parte superiore dell'addome solo le cisti idatidee sono capaci di produrre una eversione del torace. È vero che in tale caso la discussione diagnostica deve vertere tra le cirrosi ipertrofiche senza ittero, la tubercolosi del fegato, la cirrosi dispeptica, e le forme ipertrofiche della cirrosi alcoolica, discussione che si impose nel primo caso, mentre nel secondo la diagnosi fu più agevole per la comparsa dell'itterizia negli ultimi giorni precedenti la operazione, accompagnata da febbre a tipo settico.

L'itterizia insorta tardivamente è da considerarsi come dipendente da compressione. Notisi

però che essa può insorgere anche precocemente, come ebbi a constatare anch'io, poichè la cisti può ledere le vie biliari, nè è raro lo scolo di bile dalla cisti per parecchi giorni di seguito dopo l'intervento chirurgico, come capitò in qualche caso da me operato.

Altro rilievo degno di nota troviamo nell'inizio subdolo e nella lunga durata dell'affezione nei tre infermi. Nè deve recare meraviglia, perchè fu già notata dal Pirera, che riferisce inoltre un caso descritto dal Schlesinger durato per ventitrè anni. Il lungo decorso nel primo infermo era caratterizzato da turbe digestive presentantesi ad ascessi, onde l'A. fu ritenuto un gastropaziente. Le sofferenze del secondo infermo furono vaghe, indeterminate, algie, a localizzazione multipla, che indussero in errore non pochi medici. Per il terzo caso possiamo parlare di latenza della cisti, data l'assenza per molti anni del benchè minimo sintomo rivelatore di essa. Alle tre diverse modalità di decorso fa riscontro la diversità dell'esito in ciascun caso, in rapporto e come corollario del ciclo di vita di ciascuna; apertura, mediante processo infiammatorio adesivo, in un organo cavo (probabilmente il colon, se con o senza suppurazione non è precisabile); suppurazione, con eventuale rottura e versamento nella cavità addominale, se non fosse stato praticato tempestivamente l'intervento operativo; calcificazione della parete della cisti e morte di questa come attestano i fenomeni tumultuosi febbrili, che, richiamando l'attenzione, richiesero l'intervento operativo. L'esito finale ha un carattere comune ai tre casi; l'andamento tumultuoso, quasi drammatico, particolarmente nel primo e nel terzo, nè mi sembra trascurabile. L'esito finale più frequente è la suppurazione del contenuto della cisti, quindi sorge il quesito se la suppurazione sia causa o conseguenza della morte della cisti. Sappiamo che il liquido vescicolare normale è sterile perchè la membrana che l'avvolge è impermeabile ai germi, come dimostrarono il Finsen, e sperimentalmente il Korach ed il Kirmisson con le iniezioni intraperitoniali del liquido idatideo rimaste sterili, Chauffard e Widal portarono la dimostrazione bacteriologica non solo, ma che il liquido vescicolare è un buon terreno di cultura per i microbi patogeni, i quali penetrano nell'interno della cisti quando la membrana di essa diviene permeabile per rammollimento causato da un processo di epatite pericistica, processo ammissibile per i primi due casi, non per il terzo. In questo la membrana pericistica. libera in gran parte nella cavità addominale non potè subire detto processo e si ebbe invece la calcificazione della cisti, il cui contenuto era costituito da cisti figlie morte nuotanti in un liquame giallastro, torbido, con suppurazione iniziale, causa della febbre settica e dei fenomeni concomitanti. La suppurazione incipiente in questa idatide a pareti calcificate dimostra la permeabilità di questa ai germi patogeni, i quali probabilmente vi penetrarono attraverso il tratto di parte intestinale che aderiva alla cisti.

Nè quì finisce l'interessante per il terzo caso. La cisti, che risaliva alla infanzia, aveva impiegato più di quindici anni per raggiungere le dimensioni surriferite con le conseguenti aderenze. Il primo quesito che ci si presenta è se la cisti avesse preso origine dalla pelvi oppure dalla parte superiore dell'addome. Secondo il Mills, nella cavità peritonale le cisti di echinococco sono secondarie a cisti del fegato o della milza, e nella mia inferma il polo superiore della cisti era innicchiato ed aderente al fegato. Clinicamente fu consigliata in tali casi, come ausilio diagnostico la esplorazione vaginale o rettale, praticamente non sempre attuabili, come nel caso mio perchè trattavasi di ragazza vergine. Fu proposto anche il metodo della inversione; posta l'inferma nella posizione del Trendelenburg si esamina se il tumore si sposta o non in questa posizione nella direzione del diaframma; nel primo caso l'origine sarebbe nella parte superiore dell'addome, nel secondo pelvica. Questo metodo non è sicuro, e diede risultati ingannevoli a qualche autore. Nella inferma mia il tumore continuavasi in alto con il fegato, mentre nel polo inferiore era facilmente afferrabile e spostabile di lato ed in alto, e nei movimenti respiratori lo si percepiva nettamente abbassarsi.

Non era da pensarsi ad un tumore a sviluppo renale sia perchè era situato anteriormente e superficialmente, sia perchè mancavano la sporgenza nella incavatura lombare fra le coste e la cresta iliaca, ed il ballottement. Dimostrativa a questo riguardo è la seguente osservazione mia personale.

P. M. di anni ventisei, coniugata, madre di due bambini, di cui uno è al seno. Nel 1915 il medico suo le riscontrò, nella regione colica destra, un tumoretto delle dimensioni di una noce, indoloro, che andò aumentando di volume, sicchè quando mi fu presentata nel 1921 aveva raggiunto il volume di una grossa arancia. Era mobile, facilmente spostabile, palpabile nella insenatura costo-lombare, a superficie esterna liscia, e parete resistente, dura. L'A. allattava, per cui si rimandò l'operazione, che eseguii il 22 febbraio 1922. Anestesia locale. Con incisione laparatomica lateralizzata pervengo sulla capsula adiposa del rene, che apro per via ottusa, ed isolo il tumore, che altro non era che una cisti di echinococco indipendente dal rene, ed aderente per brevissimo tratto all'angolo destro del colon. La parete della cisti era calcificata. Ometto il rimanente della storia clinica, che non ha nessun interesse per il nostro argomento.

In questo caso era possibile l'errore diagnostico, ed in vero mentre io propendevo per una idatide, il medico curante dissentiva ammettendo una neoplasia di natura benigna a motivo della consistenza dura di essa. A dirimere la questione poteva essere invocata l'affermazione del Trélat, secondo il quale, quando si trova nello addome un grosso tumore, che non dà fluttuazione, è una cisti idatica. L'affermazione per vero è troppo assoluta, ed il Delbet osserva giustamente che riesce difficile la ricerca del sintomo della fluttuazione in un tumore spostabile, e solo quando si riesce ad immobilizzare il tumore si constata che esso non presenta nessuna fluttuazione. Per il Delbet le cisti idatidee sono in prima fila fra i tumori liquidi che non dànno fluttuazione, e fa notare che la cisti idatidea non offre fluttuazione finchè si trova nello stadio evolutivo, ma che, quando essa muore, perde la sua tensione ed allora offre la fluttuazione. I pareri dei due autorevoli autori non trovano conferma costante nella pratica. I due casi da me riferiti di cisti di echinococco dello addome con calcificazione delle pareti della cisti stanno a dimostrare come la fluttuazione può mancare quando la membrana della cisti madre abbia subito un processo di calcificazione, che fa consistente la cisti e non fluttuante, con perdita della tensione, è vero, ma in questo caso, con esito inverso a quello voluto da Delbet.

È possibile anche la confusione con una cisti idatidea extraperitoneale. Per quanto questa localizzazione sia rara, pure conviene tenerla presente, come dimostra il caso descritto di recente dal Filippini. La diagnosi di sede presenta dunque, in questa regione, delle difficoltà, in quanto che conviene distinguere se trattasi di cisti retroperitoneale in senso proprio, se in sede mesocolica, o di cisti a carico di organi retroperitoneali, della superficie posteriore del fegato, dei reni, delle capsule surrenali, del pancreas, dei residui Wolfiani, dei muscoli della colonna vertebrale, ecc., tanto che il Caneci osserva come non si possa far mai la diagnosi di sede retroperitoneale in senso proprio, ma piuttosto di probabilità.

*
* *

Le condizioni finali, in cui venne a trovarsi la cisti suppurata nel secondo infermo, presentano clinicamente dei punti di contatto con gli ascessi piogenici, dei quali fu ben chiarita la etiopatogenesi nell'ultimo congresso internazionale di Chirurgia a Roma (traumatismi del fegato, e calcolosi biliare o da infezione delle vie biliari, appendicite, ileotifo, diffusione diretta di processi flogistici vicino al fegato, batteriemie e piemie).

La sede della raccolta purulenta e l'agente piogeno sono eguali tanto per la cisti in questo caso come per gli ascessi piogenici. Un carattere li separa, il decorso; il ciclo di evoluzione è relativamente breve nell'ascesso piogenico franco, è molto lungo nella idatide, di cui la suppurazione rappresenta la fase finale. Ma come dicevo, giunti a questa, il raffronto clinico si affaccia alla mente. Anche per il primo caso il decorso tumultuoso finale poteva entrare in discussione, fra le probabilità di diagnosi, anche quella di ascesso epatico, se non ne avessero contrastato l'ammissibilità gli antecedenti anamnestici. Comunque sta il fatto che una idatide intraepatica divenuta preda della suppurazione piogenica può essere confusa benissimo con un ascesso epatico piogenico, ed il caso da me riferito ne dà l'esempio.

Nella trattazione degli ascessi epatici piogenici il Dominici nota che quando non si è accertata la diagnosi, e si può sospettare che trattasi di un ascesso piogeno, la puntura esplorativa è indicata, però deve essere fatta in camera operatoria, perchè se si estrae pus si possa intervenire subito. Il Petridis, correlatore dell'argomento, ritiene sempre discutibile il valore della puntura esplorativa a causa della insufficienza di essa in un numero non indifferente di casi, e dei pericoli eventuali di essa, opinione condivisa dal Datis Bey di Alessandria d'Egitto. In base alla personale esperienza di centoquaranta casi di ascesso epatico il prof. Giordano ritiene che la puntura esplorativa non presenti in genere alcun vantaggio pratico.

Per il Luxardo essa sarebbe sempre infida.

Di fronte a pareri così autorevoli, che sconsigliano la puntura esplorativa, negli ascessi epatici, io avrei dovuto astenermi dal praticarla nel malato mio; ma le circostanze impellenti in cui mi trovai, per neccesità di cose, mi ci costrinsero, e non si ebbe conseguenza alcuna, come potei accertarmi durante l'atto operativo, ed ebbi con essa confermata la diagnosi e la sicura certezza dello intervento operativo. Faccio rilevare che, nel caso mio, a rendere la puntura esplorativa priva di inconvenienti può aver contribuito il punto da me scelto per penetrare nel fegato, da tenere quindi presente alla occorrenza.

*
* *

Il risultato negativo, nel secondo infermo, della intradermoreazione e della reazione Ghedini-Weinberg merita un breve commento. La spiegazione dell'esito negativo delle due reazioni va ricercata nella suppurazione che aveva invaso l'idatide, sostituendosi ad essa, e con ciò erano venute a mancare le condizioni bio-patologiche che sono origine e fondamento della estrinsecazione delle due reazioni. Il Trenti spiega la mancanza delle reazioni con le modificazioni che il pro-

cesso suppurativo in sè può determinare nell'organismo, o diminuendo i poteri di reattività, e quindi la formazione di anticorpi speciali, o per un meccanismo non noto, per cui vengono a mancare le sostanze a valore di anticorpi già presenti nel sangue. La questione è controversa; di fronte a non pochi autori, i quali ebbero reazioni con risultati negativi specialmente nelle idatidi suppurate precocemente, stanno molti Autori, cui le reazioni diedero risultati positivi, i quali attestano che la suppurazione non determina sempre la scomparsa dell'allergia sensibilizzatrice. L'esito negativo nel caso mio darebbe ragione ai primi.

Alcuni AA. sono del parere che le infiammazioni locali pericistiche determinerebbero uno stato di impermeabilità della parete della cisti con cui si spiegherebbe la mancanza dello stato anafilattico

Il Marcialis riferì di avere constatato reazione sierologica negativa in infermi affetti da idatide, le cui condizioni generali non presentavano nulla di speciale, le cisti non erano suppurate, la parete stessa non calcificata, e mancavano alterazioni particolari a carico del pericistico. La reazione fu messa anche in dipendenza dei modi di sviluppo della cisti; le cisti uniche con poche cisti figlie darebbero il minimo di materiale tossico diluito nella grande sacca di liquido, mentre quando le cisti figlie sono numerose si avrebbe una forte tossicità.

La spiegazione più plausibile è quella enunciata dal Chauffard: trattarsi di fenomeni anafilattici, la cui presenza ed assenza è in rapporto con la maggiore o minore produzione di anticorpi, donde uno stato allergico spiccato nel primo caso, debole nel secondo. Resterebbe così spiegata la scomparsa delle reazioni quando sopravviene la suppurazione; con la morte della cisti viene a mancare lo stato allergico, ma se questo persiste pure parzialmente in presenza dell'avvenuta suppurazione, la reazione sarebbe ancora positiva, e ciò darebbe ragione a quegli Autori i quali riscontrarono positiva la reazione anche in casi di cisti suppurate.

Non pochi AA. (Forti, Trenti, Puntoni, Fleig e Lisbonne), per la reazione, consigliano di usare liquidi provenienti da diverse cisti. Ignorando tale accorgimento tecnico per le reazioni nel secondo infermo ebbi ad usare i liquidi di tre cisti diverse, ma il risultato fu negativo.

Il Filippini opina che per le due reazioni, intradermoreazione, e deviazione del complemento, valgano le stesse considerazioni. Vero è che la reazione del Ghedini ha dato risultati di sensibilità minore in mano a diversi Autori; così per il Filippini la deviazione del complemento avrebbe una specificità minore delle prove intradermiche. Il Trenti in seguito a ricerche comparative tra l'intradermo, la sottocutanea reazione e la deviazione del complemento, concluse che « quando la reazione Ghedini-Weinberg è positiva si riscontrano pure positive tutte od alcune delle reazioni intradermiche e sottocutanee, mentre la positività di queste ultime non corrisponde sempre all'esito positivo delle reazioni di deviazione del complemento, anzi è frequente il riscontro di reazioni intradermiche, sottocutanee positive, e di reazioni Ghedini-Weinberg negative ».

La deviazione del complemento acquisterebbe speciale valore quando è accompagnata da eosinofilia (Filippini). Il Menni, cui spetta il merito di aver messo in evidenza la eosinofilia nei malati di echinococco, trovò all'esame del sangue la percentuale degli eosinofili molto aumentata, dal 7 al 18 %. Però, nota il Cignozzi, in molte osservazioni fatte la eosinofilia mancava, e precisamente in casi di degenerazione e di morte del parassita, di sua debole attività e di suppurazione. Il reperto ematologico da me trovato nel secondo infermo, per la scarsa eosinofilia, terrebbe la via di mezzo, mentre più numerosi erano i polinucleati neutrofili, in stretto rapporto con la suppurazione. Il reperto citologico da me notato ha la sua importanza, in quanto che dimostra, mettendolo in correlazione con i reperti degli altri Autori, che la eosinofilia nella idatide è rappresentata da una gamma che va dal zero (assenza) fino al 18 %. Ci troviamo quindi d'accordo col Cignozzi che accorda alla eosinofilia un significato relativo, e lo considera come dato complementare a quello fisico-clinico, che deve primeggiare nella diagnosi. Infatti un reperto eosinofilo negativo non potrebbe contraddire la natura parassitaria idatidea di una cisti del fegato.

BIBLIOGRAFIA.

BALDUZZI. *Cisti d'echinococco del fegato suppurata.* Gazz. Osp. e delle Cliniche, n. 114, anno 1899.

CANECI. Arch. Ital. di Chir., dic. 1922.

CIGNOZZI. *L'echinococco del lobulo di Spigelio occludente le grosse vie biliari.* Lyon Chirurgical, tom. 22, n. 1.

DELBET. *La diagnosi delle cisti idatidee del fegato.* Lezione all'Hôpital Cochin. Paris, Gazz. Osp., 19 dic. 1926.

DOMINICI. *Gli ascessi del fegato.* La Clin. Chir., maggio 1926, fasc. 5.

DUFOUR et GERNEY. *Cisti da echinococco del fegato suppurata per infezione tardiva da tifobacilli.* Presse Méd., 26 genn. 1927.

DURANTE. *Tratt. di Pat. e Terapia Chir.*, vol. IV.

FILIPPINI. *Contributo allo studio delle cisti di echinococco in sede retroperitoneale.* La Clinica chirurgica, nov-dic., 1925, fasc. 5-6.

FORGUE. *Précis de Phat. Extérne.* Vol. 2°, 7ª edit.

NIGRISOLI PIETRO. *La clinica delle false colecisti; calcolo renale ed echinococco del fegato con sindrome colelitisiaca,* Minerva Medica, 10 dic., 1926.

PIRERA. *Comp. di Pat. e Clin. Medica.* Vol. I, 1925.

TRENTI. Polic. (Med.), luglio 1924.

MEDICINA SOCIALE.

Per la rieducazione professionale dei tubercolotici.

Le colonie rurali per tubercolotici, secondo la concezione originale per cui vennero attuate, debbono servire per rieducare il paziente reduce dal sanatorio, ad una possibile occupazione rimunerativa e promuovere in tal modo una ricostituzione quasi *ad integrum* dell'individuo come membro attivo sociale. Molto di quanto si è proposto ed anche tentato di realizzare al riguardo, non ha sempre, però, avuto di mira la visione esatta delle capacità fisiche e psichiche del singolo tubercolotico e quest'ultimo, ancora facilmente sensibile per molto tempo, dopo la cura sanatoriale, a molteplici cause deprimenti esterne, non risente in vari casi nell'ambiente rurale quei vantaggi, che sarebbero in genere da attendersi in seguito ad occupazione quotidianamente compiuta in aria campestre. E ciò, perchè non esiste appunto quella corrispondenza adeguata e benefica tra le capacità del paziente ed il lavoro da compiersi. L'idea delle anzidette colonie è in sè stessa eccellente, ma si è finito coll'erigerla a vero feticcio. Essa non costituisce tuttavia la sola risorsa post-sanatoriale per la rieducazione del tubercolotico al lavoro ed in proposito ci si deve indirizzare ad altre vie, particolarmente quando necessita porre il paziente in condizioni ambientali professionali non molto difformi alle sue antecedenti abitudini professionali.

Condizioni adeguate per una buona rieducazione di questo paziente possono parimenti realizzarsi in centri urbani. G. W. Allen (*Jour. of State Med.*, marzo 1927) cita al riguardo l'attività proficua che spiega a tale scopo l'Associazione fra gli ex-combattenti tubercolotici di Leeds (The Tuberculous Ex-Service Men's Society) la quale, sebbene non sovvenzionata nè con fondi pubblici, ne con elargizioni private, provvede non solamente a fornire essa stessa un'occupazione a' suoi membri, pagandoli con salari superiori alla media di quelli della regione, ma anche a realizzare un non trascurabile guadagno finanziario. In effetto, con un movimento sociale annuo di 150.000 dollari di capitale, l'Associazione consegue circa 5.000 dollari di utile. I tubercolotici occupati in tal guisa da quest'ultima in lavori confacenti alle loro capacità fisiche, potrebbero, *grosso modo*, ripartirsi in due gruppi principali: pazienti in cui la malattia si trova allo stato di latenza e pazienti in cui il morbo si presenta ad evoluzione lenta o remittente. Giustamente, osserva Allen, come non ci si debba polarizzare, per il trattamento post-sanatoriale dei tubercolotici, dal punto di vista della loro riabilitazione professionale, verso un solo metodo, poichè condizione precipua da osservarsi deve essere quella di adeguare l'ambiente alle condizioni organiche del paziente. Questo deve essere trattato individualmente ed individualmente indirizzato grado grado a svolgere quell'attività sociale che costituiva la sua occupazione innanzi al ricovero in sanatorio.

Vi è quindi al riguardo una linea programmatica ben determinata da svolgersi e come schema di essa potrebbe benissimo essere accolta quella stabilita nel 1924 dall'Associazione bostoniana per i tubercolotici (« Boston Tuberculosis Association »): 1) indurre ospedali e sanatori ad iniziare essi stessi un sistema di tirocinio professionale, durante il quale il paziente resta continuamente sotto la sorveglianza medica, venendo congedato dalla istituzione ospedaliera sol quando sia stata assicurata la sua capacità fisica ed anche mentale al lavoro; 2) essere in grado di garantire ai datori di lavoro ed agli altri eventuali interessati che una sorveglianza medica continua ed efficiente verrà esercitata da adeguato Ente sui tubercolotici ammessi ad un'occupazione regolare; (a questo proposito, l'Associazione anzidetta di Boston progettava l'immediata istituzione di propri medici cui avrebbero dovuto far capo i tubercolotici postulanti un'occupazione); 3) venire in aiuto al paziente ed alla sua famiglia durante le prime settimane di riammissione al lavoro; o per lo meno fino a che il paziente stesso non possa provvedere adeguatamente al proprio sostentamento; ciò può naturalmente richiedere una stretta collaborazione tra istituzioni ufficiali o non, per la disposizione di fondi occorrenti; 4) istituzione di tirocini pre industriali.

Ad ogni modo, qualunque programma si voglia svolgere per la rioccupazione professionale dei tubercolotici, rimane certo che, di tutti i metodi proposti ed in parte attuati, quello avente di mira l'insegnamento dell'agricoltura per tutti indistintamente i tubercolotici può, in moltissimi casi, ritenersi improprio al fine contemplato, per varie ragioni: nell'ambiente rurale il lavoro risulterà sempre abbastanza gravoso per molti pazienti; al tubercolotico non viene consentito dalle norme legislative di occuparsi nella manifatturazione del latte; il salario rurale è in genere inadeguato; infine, molti agricoltori sono restii ad accogliere simili operai nella loro azienda.

Vi sono, è vero, alcune colonie campestri pei tubercolotici eccellentemente organizzate, come quelle di Papworth e di Preston Hall in Inghilterra, ma esse richieggono l'impiego di capitali non indifferenti, ed uno schema di colonia che

debba essere considerato eventualmente come nazionale ha duopo parimenti di presentare in certa guisa anche un commendevole lato economico E questo potrà rendersi saliente quando la colonia stessa sarà ubicata in modo di avere mercati di sbocco facilmente accessibili per i prodotti di essa eventualmente da esportarsi, quando la durata del tirocinio professionale vi sarà piuttosto breve, l'impiego delle macchine non troppo complicato e gravoso e quando i soprastanti ai lavori saranno oculati ed esperti nella bisogna. E ad ogni modo, tali colonie risponderebbero pienamente al fine per cui verrebbero impiantate, quando sorgessero o potessero sorgere in connessione con sanatori.

G. TEGONI.

SUNTI E RASSEGNE.

ENDOCRINOLOGIA.

Ghiandole a secrezione interna, ormoni e ormogeni.

(BLUM, *Zentralbl. f. inn. Med.*, 1927, n. 38).

I rapporti tra le ghiandole endocrine e i loro ormoni e l'intero organismo sono ben lungi dall'essere semplici come si potrebbe credere. Studî di patologia ed esperimenti sugli animali sono i mezzi che ci aiutano a risolvere le incognite in questo campo.

Si sa quanta influenza abbiano i surreni nella genesi del morbo di Addison, ma ancora di essi non conosciamo che una parte.

Nella sostanza midollare è l'adrenalina, così importante per il determinismo della pressione sanguigna e del ricambio idrocarbonato, così nota chimicamente da potersi riprodurre per via sintetica. Ma la nozione di questo importante prodotto dei surreni non ci spiega tutto il quadro della insufficienza surrenale nell'Addison.

Nel diabete bronzino si può invece pensare a una pura alterazione dell'adrenalina secreta; qui infatti abbiamo una pigmentazione della cute che ricorda il fenomeno analogo che si ha nell'Addison, e abbiamo anche i segni di una iperadrenalinemia.

Per la tiroide, esiste analogamente una sostanza iodica speciale, che si versa in circolo, ma l'asportazione sperimentale della tiroide negli animali non ha dato all'A. sempre una cachessia strumipriva o un mixedema. La contemporanea ablazione delle paratiroidi può portare a una cachessia; però quando si asporta la tiroide e si lascia una discreta quantità di tessuto paratiroideo, la cachessia non si ha.

Poichè la iodotirina e la tiroxina sono, al contrario dell'adrenalina, indializzabili, altri fattori debbono intervenire perchè queste sostanze entrino in circolo.

Alcuni credettero di aver dimostrato che le iodoalbumine della tiroide si trovassero nel sangue venoso che aveva attraversato questa ghiandola, e pretesero anche di misurarle, con metodi ricchi di cause di errore.

Ma essi non avevano visto il contenuto iodico del sangue che andava alla tiroide, ed inoltre, dopo lunghe determinazioni, la tiroide risultava contenere la stessa quantità di jodio contenuta all'inizio della prova, mentre avrebbe dovuto in uno o due giorni rimanerne priva.

L'A., con un suo metodo, vide invece che ammali tenuti a dieta assolutamente priva di jodio e animali affamati per un mese, avevano tiroidi a contenuto jodico normale. Nel sangue, lo jodio mancava completamente. Da ciò egli si ritiene autorizzato a ritenere come *non dimostrata* e *inverosimile* l'opinione che vi sia una secrezione interna dello iodio da parte della tiroide.

Qui è opportuno tener presenti altre ricerche: girini di rana subirono un ritardo di metamorfosi sotto l'influenza di estratti di tiroide; lo sviluppo ritornò alla norma aggiungendo sangue normale agli estratti adoperati. Esisterebbe quindi nel sangue normale una sostanza che paralizza l'azione dell'estratto tiroideo.

Tutto ciò autorizza a pensare che la tiroide non abbia secrezione interna, ma agisca come filtro svelenatore del sangue.

Ben altro avviene per le paratiroidi per le quali è dimostrato esistere un ormone nel sangue; ma esperimenti dell'A. tenderebbero a dimostrare che questo ormone non è preformato nelle paratiroidi, ma vi esiste allo stato di *ormogeno*.

Per il pancreas, l'A. dice egualmente che l'insulina non vi esiste preformata, ma anzi che nel pancreas è una sostanza capace di aumentare il contenuto in zucchero del sangue, sostanza che anche Meyer-Bisch avrebbe ottenuta col metodo della ultrafiltrazione.

L'insulina sarebbe verosimilmente un prodotto di scissione di questa sostanza madre, che l'A. chiama del pari ormogeno.

GARRONE.

La sindrome pluriglandulare da iposurrenalismo ed iperinsulismo.

(GOUGEROT e PEYRE. *Revue de Médecine*, 1927, n. 5).

Scale Harris osservò per il primo la sindrome da iperinsulismo, una sindrome analoga a quella che si provoca nei diabetici con una dose troppo forte d'insulina. Accanto quindi alla sindrome ipo-

insulinica, che costituisce il diabete, si ha l'iperinsulinismo spontaneo.

L'ipoglicemia provocata è accompagnata progressivamente da una sensazione di fame imperiosa, debolezza estrema, vertigini, angoscia, disturbi nervosi a tipo convulsivo. Basta fare ingerire al paziente dello zucchero, o nei casi più gravi praticare un'iniezione endovenosa di siero glucosato, con o senza adrenalina, perchè questi fenomeni scompaiano mentre la glicemia ritorna normale.

Scale Harris ha avuto l'occasione d'osservare in cinque individui una sindrome spontanea su per giù analoga alla precedente: essi un'ora circa prima dei pasti provavano una grande debolezza ed una fame violenta, raffreddamento degli arti, stato ansioso, tremore e talvolta anche vertigini, abbassamento della pressione arteriosa e lipotimia. Questi fenomeni scomparivano in seguito all'ingestione di bevande o frutta zuccherate. Il tasso glicemico in genere poco elevato s'abbassava durante la crisi da gr. 0.065 a gr. 0.060 ed anche a gr. 0.040.

Gli AA. riportano quattro casi nei quali questi fenomeni d'iperinsulismo si trovavano associati a fatti d'insufficienza surrenale costituendo una nuova sindrome pluriglandulare ben distinta.

Il primo malato è un giovane argentino di 34 anni, nel quale la fragilità ed il deficit surrenale sembra esistesse fin dall'infanzia estrinsecandosi con uno stato di stanchezza di anormale. La sindrome pancreatico-surrenale si manifestò in seguito a contagio sifilitico o ad un'encefalite letargica. L'insufficienza surrenale si estrinseca con estrema astenia, pigmentazione, ipotensione, e l'iperinsulismo con accentuazione della debolezza prima dei pasti, l'efficacia benefica dello zucchero e l'ipoglicemia.

Nel secondo caso si tratta di una donna di 40 anni, eredoluetica, affetta da tubercolosi torpida e da cistite colibacillare, la quale presenta intensa anemia, spleno-epatomegalia, alterazione della formula ematica. L'iposurrenalismo si manifesta con stanchezza e torpore mentale, lieve pigmentazione, ipotensione, e l'iperinsulismo con debolezza, vertigini, cefalea prima dei pasti, fatti che scompaiono con l'alimentazione zuccherata e con glicemia.

La terza osservazione riguarda una famiglia egiziana: il padre ed i nonni paterni sono diabetici senza insufficienza surrenale; la madre, eredoluetica, presenta sintomi di iperinsulismo e di iposurrenalismo, i sintomi che sono più marcati in tutti e tre i figli.

Nel quarto malato l'insufficienza surrenale (astenia fisica e psichica intensa, pigmentazione lieve, ipotensione) si presentò senza precedenti sifilitici o altre cause apparenti, ed insieme a fatti di iperinsulismo (malessere e vertigini lontano dai pasti, azione vantaggiosa del glucosio, ipoglicemia).

La sinergia antagonista del pancreas e delle surrenali è ben nota.

L'iniezione d'adrenalina provoca glicosuria ed ipertensione, mentre l'iniezione d'insulina riduce il tasso glicemico e la glicosuria ed abbassa la pressione sanguigna.

E' stato sperimentalmente dimostrato che l'organismo sano reagisce all'iniezione d'insulina con ipersecrezione d'adrenalina, che tende a compensare l'ipoglicemia, impedendo che la concentrazione dello zucchero epatico non si abbassi oltre i limiti compatibili con la vita.

Negli animali decapsulati quest'azione compensatrice non si produce e l'iniezione d'insulina, in dosi non letali prima dell'estirpazione delle surrenali, provoca un'ipoglicemia rapida ed intensa con convulsioni, coma profondo e morte, fatti che non possono essere modificati dall'iniezione di glucosio.

D'altra parte è stato dimostrato clinicamente che l'insufficienza surrenale determina uno stato di sensibilità per l'insulina e dosi inoffensive di questa sostanza per individui sani provocano negli addisoniani disturbi gravi ed anche mortali.

Se adunque l'attività del pancreas e delle surrenali è antagonista la loro disfunzione in senso contrario agisce nel medesimo senso patologico. L'iperfunzione surrenale ed il deficit pancreatico si sommeranno per provocare la glicosuria ed il diabete, mentre l'iposcrezione surrenale, e l'iperinsulismo si sommeranno per dare l'ipoglicemia.

La cura della sindrome iperinsulinica-iposurrenale va innanzi tutto indirizzata al trattamento della malattia causale, che spesso è la sifilide. Al riguardo va ricordato che gli individui con alterazioni surrenali mal sopporteranno gli arsenobenzoli.

L'opoterapia deve tendere ad esaltare o compensare la funzione surrenale e a frenare quella pancreatica.

Il primo scopo si ottiene mediante l'adrenalina a dosi forti.

Per frenare l'attività pancreatica teoricamente dovrebbe corrispondere l'estratto ipofisario, ma in pratica quest'opoterapia non dà i risultati attesi.

Per combattere l'ipoglicemia in atto si somministrerà zucchero, saccarosio e glucosio, per la via boccale o rettale, e nei casi di urgenza si praticheranno iniezioni endovenose di siero glucosato con o senza adrenalina.

DR.

SISTEMA SCHELETRICO.

Contributo alle esostosi osteogenetiche.

(G. BATTILORO. *Medicina Italiana*, n. 6, giugno 1927).

Per esostosi osteogenetiche si devono intendere, secondo la definizione del Poncet, quelle produzioni ossee, sviluppate sullo scheletro al momento della crescenza, che riproducono istologicamente il tessuto osseo normale, e che si sviluppano in corrispondenza delle cartilagini.

L'A. porta il contributo di sette casi di esostosi multiple, osservate in bambini da tre a 12 anni, e in cui le esostosi raggiunsero talora il numero di 56.

Etiologicamente le esostosi si presentano dai 10 ai 20 anni; raramente al di sotto dei 3 anni; sono colpiti in prevalenza i maschi (75 %); l'eredità ha un gran valore nella manifestazione di questa alterazione ossea.

Circa la *patogenesi*, i traumi invocati per spiegare le esostosi possono predisporre, ma non bastano da soli. Anche il rachitismo non è sufficiente a spiegare tali formazioni, anche perchè le esostosi nella loro struttura istologica ripetono quella delle ossa normali, e non la struttura delle ossa rachitiche.

Inoltre mentre il rachitismo è così diffuso, le esostosi sono invece più rare, e nei 7 casi dell'A. solo in uno v'era qualche nota clinica di rachitismo.

La tubercolosi è stata invocata come causa almeno indiretta delle esostosi osteogenetiche; ma neppure questa teoria trova un sicuro valore nelle osservazioni cliniche.

La sifilide fu considerata come causa diretta (Bech) o indiretta (Auvraye e Guillan) delle esostosi; però mentre le esostosi sifilitiche provengono dal periostio, e presentano una struttura speciale, le osteogenetiche partono sempre dalla cartilagine di congiunzione; spesso la R. W. è negativa in questi infermi.

La teoria endocrina addebita alla tiroide, o a questa insieme ad altre ghiandole la causa dell'esostosi; nei parenti dei casi osservati dall'A. mancano le note di una distrofia endocrina.

Similmente la teoria infettiva, come pure la nervosa, non spiegano completamente la patogenesi di tale forma.

In rapporto all'anatomia patologica, le esostosi hanno varia forma, a superficie irregolare. Il volume va da una testa di spillo ad una testa di feto; la direzione è varia, in rapporto alla sede in cui si originano. In genere prediligono le ossa lunghe, ma si riscontrano anche in quelle piatte; si sviluppano dalla cartilagine epifisaria, e ripetono esattamente la struttura dell'osso normale, per cui possono essere eburnee, spongiose, midollari. L'unica differenza consiste nella disposizione delle cellule cartilaginee, le quali non conservano la struttura a serie dell'osso normale, ma si sviluppano disordinatamente.

La *sintomatologia* delle esostosi mostra dei corpi duri, a superficie irregolare, a grandezza e forma diversa.

Le esostosi tendono ad avere una certa simmetria, ed a preferire la metà D. del corpo. Il senso di fluttuazione ed il tenue crepitio, che si avverte con la palpazione, è dovuto alle borse sierose, sovrastanti le esostosi.

Le esostosi non danno disturbo se son piccole, ingrandendosi producono tutti i dolori e le alterazioni dovute allo spostamento e alla compressione degli organi vicini: sono frequenti le paralisi o paresi di interi territori; si possono avere aneurismi per compressione vasale.

La *diagnosi* non è difficile in considerazione delle molteplici tumefazioni, della consistenza ossea e della relativa simmetria.

Una diagnosi differenziale facile è quella col callo osseo, con le deformazioni dovute al rachitismo, alla lue ereditaria.

In questa forma le esostosi danno dolori notturni, non sono simmetriche, interessano il periostio ed hanno superficie regolare; regrediscono con la cura specifica.

I sarcomi periostei hanno un rapido sviluppo, si accompagnano a dolori, a temperatura locale.

Più difficile è la differenza con la osteopsatirosi: se ne distinguono per la simmetria delle tumefazioni, e per la sede, occupando spesso la diafisi dell'osso.

L'encondroma ha superficie bernoccoluta, consistenza non uniforme, e continua a svilupparsi dopo il periodo di crescenza.

La miosite ossificante e l'osteomielite difficilmente si confondono con le esostosi.

In base ai casi osservati l'A. scarta l'ipotesi, circa la patogenesi delle esostosi, che esse possano dipendere dalla lues, dalla tubercolosi, dal rachitismo; crede piuttosto che sia più accettabile la teoria di Dupuytren, il quale considera le esostosi osteogenetiche come malformazione congenita, e cioè una vera e propria deviazione dell'osteogenesi dal suo corso normale.

CARUSI.

Frattura del collo chirurgico della scapola.

(A. MAGLIULO. *Chirurgia degli organi di movimento*, aprile 1927).

Fino a poco tempo fa questa lesione era ritenuta assai rara, da taluno eccezionale: avevano valore dimostrativo soltanto reperti anatomici sperimentali o accidentali. L'era radiologica ha

segnato un passo avanti anche in questo capitolo delle lesioni traumatiche caratterizzate da apparente leggerezza dei primi sintomi che porta a facili deviazioni diagnostiche, e da gravezza dei reliquati quando le lesioni stesse non vengano riconosciute e convenientemente curate.

Le fratture dirette non possono escludersi, ma esse sarebbero assai più rare di quelle prodotte da causa indiretta, specialmente per caduta sul palmo della mano a braccio esteso e alquanto abdotto ed extraruotato, influendo, nel meccanismo di frattura, la resistenza dei legamenti gleno- e coraco-omerali che a loro volta impediscono o limitano, insieme con alcuni muscoli, lo spostamento dei frammenti. La linea di frattura tipica è quella che va dall'incisura della scapola fino al disotto del tubercolo infraglenoideo distaccando, così, apofisi coronoide gleonide e la porzione esterna della fossa sopraspinosa dal corpo della scapola.

I segni clinici più comuni sono tanto scarsi, o, per lo meno, di così incerta interpretazione, che la diagnosi resta a volte impossibile. Se il dolore è più accentuato nel cavo ascellare in corrispondenza del margine inferiore della glenoide, se si avverte crepitio, se esiste appiattimento della regione deltoidea con apparente sporgenza dell'acromion e allungamento dell'arto, essendo i movimenti di poco e spesso punto limitati, coesistendo questi segni, si può con tutta probabilità diagnosticare frattura del collo chirurgico della scapola.

L'esame radiografico è sempre necessario per asserire con certezza la entità della lesione; il che è importante specialmente per l'indirizzo curativo il quale deve essere rivolto a evitare le talora gravi conseguenze postume a carico dell'articolazione della spalla, quali l'A. ha riscontrato in un caso di frattura completa inveterata trascurata. Negli altri 3 casi, invece, la diagnosi tempestiva e la cura adatta condussero a buoni esiti.

Con una fasciatura contentiva e di sostegno alla Velpeau per un paio di settimane, e quindi con meccano- e fisioterapia opportunamente applicata si possono ottenere ottimi risultati.

F. GRIFI.

MALATTIE INFETTIVE.

Il tramonto della Leptospira icteroides?

(S. HOSOYA e G. I. STEFANOPOULO. *C. R. de la Société de Biologie*, 26 novembre 1927).

Da qualche tempo si va facendo sempre più strada il convincimento che la *Leptospira icteroides* isolata da Noguchi nel 1919, e da questi annunziata come l'agente specifico della febbre gialla, non abbia nulla a che vedere con questa malattia.

Secondo alcuni conoscitori e studiosi della febbre gialla (Lebredo, Guiteras, ecc.) il Noguchi avrebbe scambiato per ammalati di febbre gialla, degli ammalati di ittero infettivo, ossia di morbo di Weil.

Già fino dal 1921, il Borges Vicira aveva comunicato alla Società medica di S. Paulo, come il siero dei convalescenti di febbre gialla non agglutinasse affatto la *Leptospira icteroides* di Noguchi (*Bol. da Soc. Med. de S. Paulo*, n. 5-6, 1921, p. 137).

Anche le recenti esperienze di Theiler e Sellards, di Schüffner e Mochtar e di Puntoni, hanno nettamente dimostrato che la *Leptospira icteroides* di Noguchi, presenta le medesime caratteristiche morfologiche, biologiche e sierologiche della *Spirochaeta icterohaemorrhagiae* di Inada e Ido, agente specifico della malattia di Weil.

Il siero dei convalescenti e dei guariti di febbre gialla, non agglutina affatto (reazione di Pfeiffer) la *Leptospira icteroides* di Noguchi, mentre questa è agglutinata, come la *Spirochaeta icterohaemorrhagiae*, dal siero di convalescenti di malattia di Weil.

D'altra parte è ben noto che non è riuscito quasi ad alcuno, di ritrovare e di isolare, da ammalati di febbre gialla, la *Leptospira icteroides* del Noguchi.

Ultimamente, nell'Istituto Pasteur di Parigi, gli AA. hanno ripreso lo studio di questo intricato argomento, sottomettendo a ricerche comparative, non soltanto la *Leptospira icteroides* (3 ceppi) e la *Spirochaeta icterohaemorrhagiae* (3 ceppi), ma anche due ceppi, A e B, della Spirocheta che produce al Giappone la così detta malattia d'autunno (di Kitamura e Hara), la *Spirochaeta hebdomadis*, agente della febbre di sette giorni, e una *Spirochaeta pseudo-icterohaemorrhagiae*, isolata dall'acqua della conduttura di Tokio.

È risultato che le tre prime specie sono itterigene, mentre le altre tre risultano quasi innocue per gli animali.

Il siero di convalescenti di morbo di Weil autentico, proveniente dagli ospedali di Parigi, ha dato una reazione di Pfeiffer ugualmente positiva, tanto nei riguardi della *Leptospira icteroides* che della *Spirochaeta icterohaemorrhagiae*. È stata negativa per gli altri ceppi.

Gli stessi risultati si sono ottenuti impiegando un siero anti-*icterohaemorrhagiae* di cavallo. Anche il siero di conigli inoculati con *Spirochaeta icterohaemorrhagiae* e *Leptospira icteroides*, han dato reazioni agglutinanti omologhe e crociate. Invece, i sieri preparati con le altre Spirochete hanno fornito un'agglutinazione positiva, soltanto per le specie corrispondenti.

La reazione delle immunisine e le ricerche sulla lisi han dato i medesimi risultati.

Infine, anche le esperienze comparative sul fenomeno di Pfeiffer han dimostrato la perfetta identità della *Leptospira icteroides* e della *Spirochaeta icterohaemorrhagiae*. Gli AA. concludono che tutti i 6 ceppi di queste specie microbiche, supposte diverse, sono la stessa cosa. Al contrario esperienze analoghe han dimostrato che le Spirochete A e B della febbre d'autunno, le Spirochete hebdomadis e le Spirochaete pseudo-icterohaemorrhagiae, si differenziano non soltanto dalle precedenti, ma anche fra loro.

Poichè la *Leptospira icteroides* risulta, in tutto e per tutto, identica alla *Spirochaeta icterohaemorrhagiae*, deve concludersi che essa non è affatto l'agente specifico della febbre gialla e che venne isolata da casi di ittero infettivo o morbo di Weil, abbastanza frequenti nei paesi caldi.

L. V.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

TH. BRUGSCH. *Ergebnisse der Gesamten Medizin.* Bd. X, H. 1-2, 3-4. Urban e Schwarzenberg, 1927.

Nelle 600 pagine di questi due volumi della poderosa opera sono trattati da vari specialisti i seguenti argomenti: L'ileo; La milza nell'esperimento e nella malattia; L'iniezione paravertebrale; Il trattamento chirurgico della tubercolosi; Il trattamento delle peritoniti purulente libere; La schizofrenia; La scarlattina; Lo studio batteriologico del succo duodenale e la sua importanza diagnostica; Le malattie della cistifellea; Le policitemie; Le basi sperimentali della terapia ferruginosa e arsenicale; L'endoscopia intestinale; Cause e trattamento della sterilità della donna; Le basi fisiche del carattere e del temperamento.

Figure e tavole arricchiscono la trattazione dei singoli argomenti, la quale vien fatta con la consueta chiarezza e completezza, con speciale riguardo per tutte le più recenti acquisizioni. Doviziosa la letteratura, limitata però, come nei precedenti fascicoli, quasi unicamente alla produzione tedesca.

Costituisce tuttavia ragione per noi di orgoglio la lettura dell'ultima monografia, riguardante lo studio dei tipi costituzionali italiani, la quale è stata magistralmente svolta dal Pende. Riconoscimento questo, non certo frequente, di quello che anche i nostri clinici sanno produrre nel campo della scienza medica.

M. FABERI.

CARRIE P. A. e LEBLANC. *Nouveau traité de Médecine.* Vol. II, parte 1ª (*Maladies du foie et des voies biliaires; Maladies du pancreas; Maladies de la nutrition; Intossications*). Vol. in-8° di pagg. 900. G. Doin e C., 1928. Fr. 150.

Gli AA. hanno cercato sopratutto di restringere al minimo possibile tutte le discussioni teoriche, dando invece ampio sviluppo alle esposizioni cliniche e terapeutiche che sono quelle che più interessano il pratico e lo studente.

Tutti i capitoli del volume possono dirsi egualmente interessanti sopratutto per i criteri moderni della trattazione, ma in special modo meritano menzione quello sulle *Colecistiti*, con tutti i nuovi metodi di indagine e di terapia, quello sulla *Sifilide epatica*, con i diversi aspetti clinici che detta forma morbosa può rivestire, quello sugli *Itteri*, con i numerosi problemi clinici e fisiologici, che l'argomento continuamente solleva e le soluzioni attualmente proposte.

Nella parte delle malattie della Nutrizione, molto dettagliata è la terapia del *diabete*, con la descrizione esatta dei moderni metodi terapeutici, che oggi hanno completamente trasformato la prognosi di questa malattia.

Per le intossicazioni, gli AA. giustamente hanno tenuto presenti quelle che più facilmente si presentano nella pratica giornaliera: per ciascuna, premesse le precauzioni da prendere allo scopo di evitarla, sono esposte le opportune indicazioni. Dati i concetti con i quali il volume è stato compilato certamente avrà un meritato successo.

A. POZZI.

WALTER GROSS. *Untersuchungsmethoden der Niere. Untersuchungsmethoden der Leber.*

ERWIN JACOBSTHAL. *Bakteriologie und Serologie am Leichentisch.*

(IN ABDERHALDEN. *Handbuch der biólog. Arbeitsmethoden.* Lief. 214).

In questa puntata della grande opera di Abderhalden vengono anzitutto trattati *i metodi di esplorazione del rene e del fegato.*

L'argomento trova sviluppo in poco più di 40 pagine; nonostante lo sforzo evidente di sintesi compiuto dal Gross, è innegabile che una materia, così vasta e nella quale tanto lavoro scientifico si è accumulato, debba trovarsi costretta eccessivamente, e per necessità debba essere o incompleta o limitata alla breve enunciazione delle tecniche, senza i necessari sviluppi critici e di applicazione. Ad ogni modo le metodiche esposte possono essere consultate con utilità.

Più estesa è la parte riguardante *la batteriologia e la sierologia al tavolo anatomico*, trattata

dal Jacobsthal. Le manovre tecniche, spesso difficili e poco conosciute, di queste peculiari indagini sono assai bene descritte e possono essere lette con indubbio vantaggio da chi si deve accingere ad eseguirle. *g. sabatini.*

MICHEL LÉON-KINDBERG. *La collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire.* Pag. 160, 12 fig. Masson et C.ie, édit., Paris, 1927. Fr. 15.

Il piccolo manuale che Masson aggiunge alla collezione di « Medicina e chirurgia pratica » non ha di certo la pretesa di essere una esposizione classica di quanto ha attinenza con la collassoterapia. Esso invece vuol portare innanzi al tisiologo in breve compendio la soluzione schematicamente intesa del problema terapeutico che ci si pone in ogni infermo portatore di ben definite lesioni polmonari.

Nella esposizione delle indicazioni, delle controindicazioni, dei risultati del pneumotorace classico, italiano, del pneumotorace localizzato, del pneumotorace bilaterale, del moderno oleotorace, dei sempre più diffusi metodi chirurgici, il Kindberg vi porta il contributo della personale esperienza bene insistendo nel concetto che sebbene la collassoterapia debba trovare maggiore diffusione, non bisogna dettare per essa formule generali da applicare in serie, ma con la guida dei concetti basilari di introduzione del metodo, applicare al singolo la molteplice altrui esperienza.

MONTELEONE.

LEZIONI.

Sifilide delle vie aeree superiori.

(*Wiener Kl. Woch.*, Annata XXXIX, fasc. 10).

È l'argomento di una lezione tenuta di recente dal prof. M. Hajek ai corsi di perfezionamento presso la Facoltà medica di Vienna.

L'A. considera le lesioni delle vie aeree superiori del periodo primario, secondario e terziario della sifilide.

Nel periodo primario la lesione iniziale può localizzarsi, per ordine di frequenza, alle labbra, alla mucosa del cavo orale, alle tonsille, poscia alla lingua, alle varie porzioni del faringe, del cavo naso-faringeo e nasale.

I sintomi obbiettivi della lesione iniziale della sifilide delle vie aeree superiori sono analoghi a quelli propri delle lesioni primarie delle altre regioni. La difficoltà del riconoscimento è insita nella circostanza che alla sua possibile presenza non viene di solito pensato, cosicchè, nella maggioranza dei pratici, l'attenzione è richiamata soltanto all'apparire delle manifestazioni secondarie. Un'altra causa di inavvertenza può essere data dal polimorfismo delle lesioni iniziali: ciò specialmente per quelle a carico delle tonsille, nelle quali le infezioni secondarie possono mascherare ogni carattere tipico della lesione e solo la relativa cronicità del processo, di fronte alle altre più comuni affezioni tonsillari, e la dimostrazione microscopica della spirocheta pallida nel siero della tonsilla o nel materiale estratto mediante punzione della linfoadenite satellite, possono illuminare la vera natura del processo.

Nel periodo secondario le alterazioni tipiche delle vie aeree superiori sono le placche. Più frequenti alla mucosa delle labbra e delle guance, alla lingua, poi sulle tonsille e loro vicinanze e sui diversi punti della laringe, la loro diagnosi e differenziazione da numerose altre lesioni similari non sifilitiche, riveste speciale importanza per il pratico.

L'aspetto caratteristico delle placche mucose può non di rado essere offuscato dalle alterazioni di origine meccanica cui specie alcune sedi soggiacciono. La tipicità della forma può essere alterata dalla particolare conformazione anatomica di alcune sedi, quali, p. es., quella tonsillare con i suoi molteplici frastagliamenti e anfrattuosità. Spesso nei casi dubbiosi la diagnosi può essere posta soltanto in seguito a constatazione di placche dall'aspetto caratteristico in altri punti della mucosa buccale. Anche una precedente applicazione di caustici può essere in grado di alterare l'aspetto tipico delle lesioni.

Nel decorso abituale la papula sifilitica, qua-

lora non intervenga cura locale o generale, suole accrescersi in superficie e ulcerarsi superficialmente. Le ulcerazioni possono confluire ed approfondirsi, specie qualora subentrino fattori traumatici o infettivi di altra natura. In alcuni casi l'aspetto delle placche ricoperte dal loro essudato caratteristico può mentire quello di lesioni difteriche. Caratterizza le papule una speciale tendenza alle recidive per tutta la durata del periodo secondario.

Riguardo alla diagnosi differenziale numerose sono le malattie nelle quali possono apparire manifestazioni somiglianti a quelle delle placche sifilitiche. Occorre tener presente le afte e le manifestazioni aftose, le macerazioni epiteliali della stomatite, le manifestazioni mucose del pemfigo, dell'herpes e del lichen ruber planus, l'angina di Vincent, l'idrargiria e i traumi circoscritti della mucosa. L'A. illustra qui le varie diagnosi differenziali e richiama l'attenzione su un altro gruppo di affezioni quali l'eritema essudativo polimorfo, il linfosarcoma delle tonsille, la cui diagnosi differenziale verrà posta con la sifilide primaria. nei casi di unilateralità e con la sifilide secondaria in quelli di bilateralità; l'ulcera tubercolare, il lupus volgare delle mucose ed inoltre la cosidetta « lingua geografica » e la « glossitis superficialis Mölleri ».

In generale tornerà utile tener sempre presente che le manifestazioni della sifilide secondaria, nonostante, nella maggioranza dei casi, la loro tipicità, sono per loro natura polimorfe e quindi possono talvolta offrire molteplici deviazioni dal loro aspetto tipico.

Le manifestazioni del periodo terziario hanno nelle vie aeree superiori una delle loro sedi di predilezione. Esse rivestono qui spesso forme gravi le quali da un lato possono contradistinguersi per una speciale ostinatezza, dall'altro per i disturbi talora gravi per la vita stessa del paziente in seguito alle cospicue distruzioni e alle consecutive cicatrici.

Al naso i processi ulcerativo-gommosi di questo periodo possono interessare il dorso nelle sue parti molli e ossee, le ali, il setto e. in genere secondariamente, le cavità annesse. Sono note le distruzioni estese o parziali del setto la cui guarigione può essere seguita da tutta una serie di fastidiose deformità. In alcuni particolari casi, nei quali alla distruzione del setto si associa quella del palato duro gli ii. lasciano scorgere attraverso la cavità nasale la lingua protrusa. Insieme con le gravi alterazioni esterne possono aversi stenosi dell'interno del naso con consecutivo ostacolo respiratorio. Nella lue congenita si hanno press'a poco processi analoghi: ulcerativo-gommosi e di retrazione cicatriziale con consecutive deformità.

Nel faringe e nella cavità naso-faringea le ulcerazioni mostrano il loro caratteristico aspetto di soluzioni di continuo a margini netti, con fondo lardaceo e contorni iperemici. Queste lesioni guariscono con cicatrici le quali, anche dopo decenni, testimoniano la loro natura luetica. Esse possono produrre restringimenti considerevoli della cavità naso-faringea ed apportare serii disturbi funzionali in seguito ad immobilità della lingua.

Occorre poi rilevare il manifestarsi talvolta di gomme isolate della cavità naso-faringea le quali possono rimanere a lungo inosservate, qualora non si sia proceduto a tempo a un'esplorazione completa della cavità.

Anche nel laringe e nella trachea le lesioni terziarie possono apportare serie conseguenze. Disturbi o addirittura perdita della voce: in seguito a pericondrite, necrosi delle cartilagini. In quest'ultima eventualità sono soggette ad andar perdute rilevanti porzioni cartilaginee e il tratto respiratorio può venire più o meno a collabire con consecutivi irreparabili disturbi respiratorii. Oltracciò le formazioni cicatriziali apportano stenosi laringee e tracheali di vario grado. Naturalmente anche qui ha speciale importanza il pronto riconoscimento del processo morboso e nei casi dubbi l'osservazione diretta verrà completata dall'anamnesi, dalla sieroreazione e dalla biopsia (tumore maligno!).

Nei riguardi della cura l'A. si esprime rilevando come, insieme a quella generale a base dei comuni farmaci oggi in uso, nella sifilide delle vie aeree superiori si renda necessario anche un trattamento locale. Si farà uso anzitutto di pomate emollienti alternate e tamponamenti con soluz. di solfato di rame onde ottenere una pronta rimozione delle croste ed evitare conseguente ritenzione di pus al disotto di esse, causa talvolta di ampii scollamenti delle parti molli e di necrosi. Per mezzo della sonda si avvertirà la formazione dei sequestri ossei che, appena possibile, saranno rimossi. I disturbi respiratorii e le deformità del viso esigono talvolta complessi interventi operatorii cosmetici. Le stenosi cicatriziali e le perforazioni del palato molle, causa di rilevanti disturbi della parola e della respirazione, saranno talvolta parzialmente migliorati da dilatazioni e, rispettivamente, da processi di protesi. Le estese formazioni cicatriziali a carico della laringe e della trachea possono richiedere la tracheotomia e, più spesso. una laringofissura (allo scopo di escidere le cicatrici) insieme con dilatazioni sufficientemente protratte. In casi particolarmente sfavorevoli i pazienti sono condannati a portar la cannula per tutta la loro vita.

M. AGOSTINI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

V Congresso internazionale sulle questioni « di eredità » (genetica).

(*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n. 43, 21 ottobre 1927).

L'ultimo congresso internazionale sulle questioni di eredità fu tenuto a Parigi nel 1911. Si doveva tenere poi altro congersso (V) nel 1916 a Berlino. Per cause di guerra e postbellica non è stato possibile tenere il 5° congresso che dopo un'interruzione di 16 anni — e precisamente si è svolto nel 1927 dall'11 al 17 settembre in Berlino.

La scienza riguardante la genetica si è molto sviluppata in questi ultimi anni — e la quantità di materiale presentata in questo congresso (oltre 150 temi, erano presenti oltre 900 congressisti di tutti i paesi) à fatto sì che sia stato necessario procedere ad una suddivisione per regioni.

Il Ministro dell'Interno tedesco Keudel nel suo discorso d'inaugurazione à dimostrato la necessità per gli uomini di governo responsabili di far proprie l'idee biologiche. Il governo senza eccessivi timori per i deboli in genere, deve tener di mira sopratutto le sorti delle nuove generazioni. Anche se questi sono problemi che riguardano un futuro alquanto lontano pur non di meno debbono egualmente interessare tanto quanto problemi d'immediato avvenire.

Tennero inoltre discorsi d'inaugurazione il Ministro di Agricoltura di Prussia, dott. Steigler (in nome del governo di Prussia), il prof. Drigalski (della città di Berlino), il prof. Kniep (Università di Berlino).

WETTSTEIN (Vienna) à trattato della questione riguardante la relazione tra evoluzione ed eredità, in rapporto con la difficoltà di connettere il concetto d'evoluzione con la continuità della specie. L'O. spiega che l'idea di evoluzione si basa non solo sull'eredità ma anche e forse di più sull'interruzione di eredità per il sopravvenire di variazioni.

La teoria non ammette la formazione di nuova specie, e cerca di spiegare tutte le variazioni soltanto per nuove combinazioni tra le specie; non è soddisfacente perchè ci porta ad accettare una degenerazione continua di specie viventi e non spiega abbastanza la loro differenziazione.

L'O. piuttosto crede chè i caratteri genetici sono contenuti non solo nei cromosomi ma forse anche in altri elementi come nel plasma e rimane anche a considerare l'influenza dei fattori esterni in rapporto alla genetica.

MULLER (Texas) si è occupato dell'influenza di alcuni di questi fattori esterni ed à dimostrato che temperature basse ed alte, raggi X possono influenzare la specie nello spermatozoo e nell'oozita producendo così mutazioni nella specie.

Rende difficile la sperimentazione riguardante gli effetti dei fattori esterni per il sopravvenire nel corso degli esperimenti stessi di specie sterile in modo che si perde così la possibilità di controllo sull'altre generazioni.

WINKLER (Amburgo) à cercato di spiegare la deviazione di certi prodotti d'incrocio della scala di Mendel non per « crossing over » (incrocio in altra direzione) ma « per conversione », ed attribuisce le deviazioni al cambiato chimismo dei cromosomi.

AGNES BLUHM (Berlino) à trovato che lo sviluppo, post-natale, d'un animale (topi) è in rapporto al peso iniziale cioè che lo sviluppo « in utero » è decisivo per il peso natale (che si ha cioè al momento della nascita) e per l'ulteriore sviluppo generale.

BERNSTEIN studiando la distribuzione dei gruppi di sangue: differenziazioni della voce, dei capelli, loro caratteri e distribuzione, ecc. ai popoli di origine mista à cercato sulle basi Mendelliane di trovare la partecipazione di ciascuna razza e sua influenza.

BEMMELN (Groningen) à seguito in cinque generazioni di sua famiglia la presenza di capelli crespi, senza peraltro voler questo accettare come un carattere predominante.

CURTIUS BONN ha trovato come carattere predominante la frequenza di flebectasie (status varicosus) in certe famiglie, in relazione con questo stato è la frequenza di ernie, di glaucoma semplice, di siringomielia.

HANHART con molte tabelle esplicative e dimostrative cerca di provare la correlazione tra « idiosincrasie ereditarie » (febbre da fieno, ecc.) e « l'alto valore sociale » in famiglie ascendenti.

GUN (Londra) si è occupato dell'« eredità di intelligenza » in certe famiglie.

SNEYDER (America), FURUHITA (Giappone), KOLTZOW (Mosca) hanno studiato i gruppi di sangue senza arrivare ad importanti conclusioni.

DAVENPORT (America), WEINBERG (Stoccarda), VERSCHNER (Tübingen) si sono interessati della questione dei « gemelli in genetica ».

MAGNUS HIRSCHFELD tratta dell'« eredità dell'intersessualità ».

MJOIEN (Oslo) e CZELLITZER (Berlino), trattano « dell'attitudine musicale » (il primo) e della miopia (il secondo), basandosi su di un grande materiale di studio provano l'eredità dell'una e dell'altra.

SWOBODA (Vienna) nega l'esistenza di una « predominanza assoluta » ed accetta piuttosto per l'eredità un ciclo settennale, e precisamente il carattere predominante dell'uno dei genitori che si trova nel massimo del ciclo settennale vince sul carattere predominante dell'altro ma che si trova nel minimo del ciclo.

La proposta di THOMSEN (Münster) di favorire l'unione volontaria di elementi sceltissimi per poter conservare ed aumentare certe caratteristiche ereditarie di somma importanza, ha dato luogo a grande discussione ed opposizione.

FLUEGGE (Berlino) si occupa del problema dell'estinguersi di famiglia di alta posizione sociale. Vita nelle grandi città, lavoro mentale diminuiscono la fertilità. L'idea religiosa in senso lato al contrario favorisce le grandi famiglie.

PLOETZ (Monaco di Baviera) ha constatato lo stesso, ma trova che la sterilità nelle famiglie di alta posizione sociale è piuttosto volontaria. Il governo avendo interesse a conservare i più intelligenti deve prendere misure per la prolificità di queste famiglie, per la propaganda in senso eugenetico.

DULINSKY.

Società di Coltura Medica Novarese.

(Riunione del 5 dicembre 1927).

L'enterocolite spastica nell'infanzia.

Dott. PIERO FORNARA. — Espone — dopo avere citato qualcuno dei casi più caratteristici di propria osservazione — i sintomi di questa affezione, poco studiata e poco descritta nei comuni trattati di pediatria, e pur tanto frequente nella pratica sovratutto in bambine dai 6 ai 13 anni. Essa è caratterizzata da una stitichezza abituale e da dolori abituali a crisi, e dai sintomi obiettivi di un addome retratto con colon contratto e, spesso, aorta addominale pulsante: frequenti sono l'aritmia cardiaca respiratoria, i soffii inorganici al cuore, la tendenza sincopale, il nervosismo, l'instabilità psichica, la mentalità isteroide, la pseudoanemia: talora si associa asma, vegetazioni adenoidi. L'esame delle feci dimostra talora la presenza di muco, spesso un'insufficenza digestiva d'abitudine più marcata per la carne e per i grassi. Le prove farmacodinamiche dimostrano una facile e netta reattività all'atropina e alla pilocarpina, una reattività anfotropa (con 1° fase depressiva, 2° eccitatrice) all'adrenalina. In base a tali dati l'O. conclude affermando che l'enterocolite spastica infantile è una sindrome costituzionale, affine assai alla colite muco-membranosa degli adulti, che interessa sovratutto i visceri addominali, ma oltre ad essi il cuore, la circolazione, i capillari cutanei, ecc., e che ha come substrato una instabilità del sistema nervoso vegetativo, con iperragoestesia prevalente.

Il quadro radiologico della colite spastica infantile.

Dott. E. GIUBERTONI. — Espone i caratteri radiologici dei casi su descritti di colite spastica infantile da cui risulta come essa è una sindrome a quadri radiologici assai variabili, con funzionamento gastrico ora orto-, ora ipo-, ora ipertonico, ma spesso caratterizzato da ptosi, gastrosuccorrea, ipocinesi in 1° tempo con spasmo pilorico. A carico dell'intestino si nota: rapido passaggio dell'ileo, stasi cecale: colon ora a tipo di corda lineare ora a tipo di nastri strozzati; quasi costante il ristagno nella ampolla rettale con dischezia.

Presentazione di radiografie.

Dott. prof. M. PONZIO. — 1) Presentazione di due casi di malattie (osteitis fibrosa osteoplastica) di Recklinghausen caratterizzata da osteite rarificante con degenerazione fibrosa e con formazione di cisti e provocanti spesso fratture spontanee.

2) Presentazione di un caso di malattia di Virchow a tipo di malum senile del cranio, caratterizzato da una malacia delle ossa craniche con assottigliamento ed appiattimento dei parietali (caso di donna di 60 anni).

Idrocele da torsione dell'idatide di Morgagni.

Dott. C. GARAMPAZZI. — Ricorda i casi descritti dal 1922 in poi da Mouchet di Parigi come torsione dell'idatite sessile di Morgagni che provocherebbe un quadro di orchite subacuta primitiva con edema della vaginale, di cui sono nella letteratura descritti finora una ventina di casi. L'O. che più di venti anni fa osservò un caso analogo (e ne faceva cenno in un suo lavoro sulla torsione del testicolo un suo assistente) discute sulla difficile spiegazione patogenetica di queste forme; passa quindi a discutere delle diverse varietà di idrocele riscontrabili nel bambino e delle diverse tecniche operative che sono nei vari casi indicate.

Due casi di malattie a maschera meningea.
(Uremia a forma meningea; Pleuropolmonite a sintomatologia meningea).

Dott. FR. MARELLA. — L'O. espone due casi: il 1° di un ragazzo di 8 anni che all'inizio di una forma nefritica presentò con temperatura subfebbrile convulsioni e poi un quadro meningeo completo con incoscienza e deviazione coniugata del capo e degli occhi. Una puntura lombare diede un liquido cefalo-rachidiano normale all'infuori di un notevole aumento dell'urea. Il paziente morì in 4ª giornata. L'O. discute, in rapporto ai moderni concetti sull'uremia, sulle manifestazioni più abituali dell'uremia nell'infanzia ed in ispecie nelle forme meningitiche che possono simulare stati meningei criptogenetici. Il 2° caso è di una ragazza di 19 anni che nel corso di una febbriciattola prolungata di probabile natura tubercolare presentò una brusca riaccensione febbrile ed in corrispondenza convulsioni ed una sindrome meningea; una puntura lombare diede un liquor di meningismo. Dopo il 3° giorno comparvero i segni di una pleuropolmonite dell'apice destro che presentò un decorso prolungato ma guarì; i sintomi meningei rapidamente regredirono dopo la puntura lombare.

La percentuale di lue sierologica nel reparto medicina di nn ospedale di provincia.

Dott. VIRGILIO DE BENEDETTI. — Negli anni 1924-25-26 la percentuale media di lue sierologica su un complesso di 1231 pazienti accolti nella Sezione Medica dell'Ospedale di Biella (Primario prof. G. Satta) è stata del 9,6 %.

L'O. nota tra i risultati positivi un discreto numero di pazienti (ad esempio affetti da malattie acute od infettive) ove la lue venne accidentalmente scoperta.

Nell'Ospedale di Ivrea (Sezione Medica) da qualche mese l'O. esamina sistematicamente per la lue tutti i nuovi entrati. Su 291 R. W. se ne ebbero 28 positive (9,03 %); 10 volte su 28 il reperto positivo fu del tutto accidentale data la completa latenza sintomatica ed anamnestica.

Queste poche cifre dimostrano dunque come l'esame sierologico di tutti i pazienti di ospedale costituisca un mezzo ovvio, pratico per la lotta sociale contro la sifilide.

Il Segretario: Dott. PIERO FORNARA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche fisiologiche sul polmone.

Leon Binet (*Journ. Méd. Français*, n. 7, luglio 1927), fa una interessante rivista delle più moderne acquisizioni sull'argomento. L'A. nota anzitutto come i polmoni debbano essere considerati come costituiti da una doppia serie di canali gli uni contenenti sangue che va dal cuore destro al sinistro, gli altri aria che va dall'esterno all'interno e viceversa.

Vasi sanguigni del polmone: Dubreuil, Lacoste, hanno dimostrato che nel bue le arterie polmonari in alcuni territori presentano una muscolatura discontinua, ad anelli trasversali, che contraendosi possono occludere del tutto il lume dell'arteria. Queste arteriole sono circondate da guaine linfatiche quasi complete che le isolano dal parenchima polmonare. Si può così pensare che la contrazione delle arteriole a sfinteri valga ad isolare più o meno dal punto circolatorio certi lobuli: si avrebbero così delle zone di circolazione intermittente o ridotta regolata dalle arteriole a sfinteri.

L'endotelio polmonare: Demoor (di Bruxelles) ammette che le cellule endoteliali del polmone possono aumentare o diminuire di volume secondo la concentrazione sanguigna, assicurando così un controllo osmotico del circolo polmonare. Ma l'endotelio polmonare ha un vero ufficio attivo ben dimostrato dalla sua azione sui grassi e sui corpi estranei circolanti nel sangue. Facendo delle iniezioni intravenose di olio nei cani e poi esaminando dei frammenti di polmone si nota: che le cellule si ipertrofizzano, poi inglobano e distruggono il grasso nel loro interno. Sembra quindi che l'endotelio vascolare a livello del polmone abbia il potere di secernere e fagocitare.

Paolo Carnot aveva già notato che con l'iniezione endovenosa di pigmento melanico, questo viene filtrato e fissato dai leucociti e dalle cellule endoteliali. Anche il carminio iniettato nei vasi si ritrova nel tessuto connettivo del polmone, attorno ai bronchi e ai vasi dentro alcune cellule, mentre le pareti alveolari e il lume degli alveoli ne sono totalmente privi. Queste cellule ad alto potere fagocitario per qualche A. sono identiche a quelle aventi funzioni simili che si trovano nel fegato (cellule di Kupfer), nella milza, nei gangli linfatici. Per altri A. non si tratterebbe che di leucociti che dopo avere fagocitato il carminio si renderebbero estravasali. (M.lle Lewis). Per Foot, e Permar sarebbero gli endoteli vascolari che si arrotondano, si distaccano dando così origine ai fagociti. Tutto ciò, ad ogni modo, dimostra come l'endotelio dei vasi polmonari possa reagire intensamente di fronte a sostanze estranee.

I canali aerei: hanno il potere di secernere il muco, di fissare con questo i corpi estranei ed espellerli grazie ai movimenti delle loro cilia vibratili. Questi condotti sono infine elastici e motori. Le loro fibre muscolari lisce sono innervate dal vago la cui stimolazione del moncone periferico produce una contrazione dei bronchioli. Nella cavia (Magne e Cordier) questo stimolo se prolungato può essere mortale. Il tono delle fibre muscolari lisce dei bronchioli terminali produce un vero restringimento che crea il murmure vescicolare; infatti la sezione dei due vaghi al collo (Bondet, Chauveau) paralizzando questi muscoli sopprime il murmure vescicolare. Altri AA. hanno studiato i rapporti tra il tono vagale ed il murmure vescicolare. Essi hanno dimostrato come il murmure sia intenso nei maniaci, ansiosi che sono ipervagotonici; mentre è debole negli astenici e dementi precoci che sono ipovagotonici. L'iniezione di atropina nei vagotonici fa rapidamente diminuire l'intensità del murmure vescicolare, mentre l'iniezione di eserina l'aumenta.

Gli alveoli: nei mammiferi sono tapezzati di grandi placche anucleate sottilissime, e di piccole cellule nucleate isolate o aggruppate. Le placche non costituiscono che esile membrana attraverso cui avvengono gli scambi gassosi. Circa la cellula nucleata detta anche cellula alveolare la sua natura è discussa: per alcuni avrebbe origine epiteliale, per altri non sarebbe che un leucocita del sangue: per altri deriverebbe dalle cellule endoteliali dei capillari polmonari, ancora non sarebbe che un istiocita del tessuto connettivo migrato nell'alveolo. Circa la funzione di queste cellule, Pewell ha dimostrato che tutte le sostanze iniettate nella trachea dei conigli (inchiostro di china, carminio, collargolo, staffilococchi, spore, bacilli tubercolari ecc.) si ritrovano nelle cellule alveolari. Guieysse-Pellissier han dimostrato che se negli alveoli giunge olio in piccola quantità questo sparisce per lipolisi, se invece è in abbondanza allora viene fagocitato. Wentzlaff ha dimostrato che esiste in queste cellule un vero potere secretorio. La cultura del tessuto polmonare fatta la prima volta da Carleton e ripresa da Binet e Champy ha dimostrato: che la cellula alveolare ha un forte potere di moltiplicazione; che gli elementi che da essa si originano hanno notevole potere migratorio; che questi elementi si caricano di grosse gocce di grasso; che hanno

un potere fibrinolitico notevole, e liquefanno la fibrina coagulata del plasma; hanno un forte potere fagocitario. Si può concludere che nell'alveolo la cellula granulosa costituisce un elemento notevole di difesa contro tutti i corpi estranei, in quanto che essa non solo ha un potere secretorio e fagocitario indiscutibile; ma in più, può moltiplicarsi, originare elementi che possono distaccarsi, isolarsi, migrare, fagocitare e secernere prodotti fibrinolitici.

Da tutto ciò risulta che il polmone non è solo una membrana che permette gli scambi respiratori, ma è un organo notevolmente differenziato nella sua struttura e con un notevole potere fissatore e di difesa. L. TONELLI.

CASISTICA.

Pancreatite emorragica ed ascaridi.

J. Sabrazès, A. Parcelier e H. Bonnin (*Ann. d'anatomie pathologique méd.-chir.*, 1925, n. 22) riportano l'osservazione di un uomo di 31 anni che due ore dopo ogni pasto veniva colto da dolore improvviso violento all'ipocondria sinistro; si aveva vomito di alimenti e di bile e singhiozzo. Il dolore poi si generalizzava, ma rimaneva più forte al luogo d'origine; era accompagnato da distensione del segmento superiore dell'addome con rigidità muscolare, ma senza accenno di peristalsi.

Il paziente aveva avuto, a quanto sembra, sifilide, curata efficacemente.

All'atto operativo, si trovò pancreatite acuta con necrosi grassa; vi era infiltrazione di sangue alla base del mesocolon trasverso. La cistifellea era normale; il pancreas venne drenato transperitonealmente. Dopo 24 ore si ebbe la morte; all'autopsia si riscontrò effettivamente una pancreatite emorragia; il dotto pancreatico era occupato quasi totalmente da un ascaride lombricoide.

Gli AA. hanno trovato nella letteratura circa 20 casi in cui uno o più lombrici erano stati trovati nel pancreas; l'età dei pazienti variava da 2 a 77 anni. In qualcuno di essi vi era evidenza di elmintiasi (debolezza, perdita di peso, diarrea, attacchi ricorrenti di colica, tosse e qualche aumento di temperatura) ma in altri casi nessuna malattia aveva preceduto l'improvviso attacco.

Nei casi di pancreatite acuta, la conoscenza dell'emissione di ascaridi per le feci o col vomito deve suggerire la possibile causa.

L'intervento chirurgico è giustificato dal successo ottenuto da Novis che, incidendo il pancreas, asportò un lombrico vivente ed uno parzialmente digerito e salvò la vita del paziente che guarì del tutto.

fil.

La diagnosi di stenosi del dotto pancreatico negli itteri cronici.

Janker (*Deut. Zeit. f. Chir.*, 1927, vol. 202) osserva che la diastasi diminuisce nelle feci ed aumenta nel sangue e nelle urine quando vi sia ostacolo al deflusso del secreto pancreatico, come avviene nelle pancreatiti croniche, tumori della papilla di Vater, ecc. Questo ha un valore per la diagnosi differenziale sulla causa di itteri cronici. L'A. ricorda di due casi in cui il risultato della ricerca fu confermato al tavolo operatorio o al tavolo anatomico. In un caso si trattava di pancreatite cronica, mentre i precedenti facevano pensare a calcolosi del coledoco; in un altro caso mentre si credeva trattarsi di un tumore della papilla di Vater o della testa del pancreas, era un raro caso di tumore del coledoco.

Raccomanda pertanto di eseguire questa ricerca di abitudini in tutti i casi consimili.

Il metodo seguito è quello di Wolgemuth.

V. GHIRON.

Cancro del pancreas a tipo insulare.

Power e Robertson (*Journal American Medical Association*, 30 luglio 1927) riferiscono un caso di cancro del pancreas con sindrome ipoglicemica spontanea. Si tratta di un medico di 40 anni che dopo alcune crisi dolorose addominali a carattere vago e qualche crisi transitoria di glicosuria, cominciò a soffrire accessi improvvisi di vertigini e di lipotimie con sensazione di peso alla lingua e paresi delle labbra. Questi accessi potevano essere evitati o troncati mediante l'ingestione di alimenti zuccherati. Alcune crisi giunsero fino al coma che cessò in seguito ad un'iniezione endovenosa di glucosio.

Durante questi attacchi il tasso glicemico giungeva fino a g. 0.02 per mille.

Tutti i sintomi ipoglicemici erano influenzati da iniezioni endovenose di glucosio; ma non erano per nulla influenzati dalle iniezioni di adrenalina o di estratto del lobo posteriore dell'ipofisi.

Alla laparatomia esplorativa si constatò cancro del pancreas con metastasi epatica.

All'autopsia si trovò cancro diffuso del pancreas con cancro nodulare del fegato e metastasi linfatiche. L'esame istologico dimostrò che il tumore era costituito da un ammasso di cellule senza alcuna disposizione glandulare e con aspetto morfologico identico a quello delle cellule delle isole di Langerhans. I nuclei cancerosi del fegato avevano la stessa costituzione. Sembra che il tumore abbia avuto il suo punto di partenza nella coda del pancreas, dove le cellule neoplastiche erano in via di degenerazione.

Le iniezioni negli animali di tessuto epatico

non canceroso e canceroso dimostrò che questo aveva una spiccata azione ipoglicemica.

Gli AA. in conseguenza ritengono che si sia trattato d'un caso tipico d'ipoglicemia spontanea e d'iperinsulinismo, determinato dalla proliferazione neoplastica delle cellule delle isole di Langerhans. DR.

SEMEIOTICA.

La percussione del manubrio dello sterno nelle dilatazioni fusiformi dell'arco aortico.

Rozkowski (*Arch. Mal. Coeur, Vaiss. et Sang*, maggio 1927. p. 199) dice che la percussione del corpo dello sterno non dà utili risultati, mentre quella del manubrio sternale è molto importante. L'esame va fatto nella stazione eretta che dà indicazioni molto più precise che nel decubito supino, specie se si inclina il torace in avanti. L'individuo sano può dare delle differenze di larghezza della zona normale di ottusità e subottusità sternale. Nell'individuo sano la larghezza dell'ottusità è di circa 3, 5 cm. per l'uomo, e 3 cm. per la donna. Solo una ottusità aumentata a 4, 5 cm. fino a 6-7 ecc. indica una lesione; si può trattare: di malati ateromatosi avanzati con miocardite o nefriti croniche con angina di petto, o con insufficienza cardiaca confermata.

L'ateroma dell'aorta produce alla percussione nel 1° spazio intercostale destro una diminuzione di sonorità di uno o due centimetri. Una dilatazione fusiforme dell'arco aortico non dà ottusità nel secondo spazio destro, che diviene invece realmente ottuso nei casi di aneurisma dell'aorta ascendente.

Un allargamento notevole della ottusità a livello del manubrio sternale sarebbe una grave presunzione in favore di una infezione sifilitica antica.

Ricordisi che esistono numerose differenze inesplicate tra i risultati della percussione e quelli della radiografia. L. TONELLI.

La regolazione della pressione sanguigna nel cambiamento di posizione e la comparsa di lipotimia nel brusco passaggio dalla posizione giacente a quella in piedi.

Normalmente, cambiando posizione dalla giacente a quella in piedi non si risente alcun disturbo, perchè la pressione sanguigna si conserva abbastanza alta, per quanto diminuisca in primo tempo un poco, come si può constatare con lo sfigmomanometro. Tale diminuzione si produce essenzialmente nelle parti più alte del corpo, e sopratutto alla testa e nell'aorta ascendente, dalla quale partono i rami arteriosi che vanno al centro regolatore della pressione sanguigna, ai nervi del seno e ai nervi aortici. Si abbassa quindi il tono del regolatore, il cuore batte più rapidamente e più energicamente, e cresce la resistenza per lo svuotamento del ventricolo sinistro, per cui anche la pressione sanguigna finisce per aumentare.

Allorquando questo meccanismo regolatore non entra rapidamente in funzione, in maniera che si produce uno stato di ipoemia cerebrale, il rapido passaggio dalla posizione giacente a quella in piedi è seguito dalla comparsa di lipotimia.

Ciò può essere dovuto sia al fatto che la pressione è relativamente bassa già nella posizione giacente, sia che i vasi cerebrali siano ristretti (aterosclerosi), sia che il meccanismo regolatore abbia subito alterazioni per il troppo protratto riposo a giacere, divenendo torpido, sia infine che agiscano parecchi di tali coefficienti.

(H. E. Hering. *Münch. Med. Woch.*, n. 38, settembre 1927). M. FABERI.

Ipertensione e malattie dell'orecchio.

L'argomento fu discusso alla Società Reale di Medicina di Londra (*Brit. med. Journ.*, 18 dicembre 1926).

Le arterie dell'orecchio interno sono terminali e un embolo o un processo ateromatoso può mettere fuori funzione alcuni rami.

L'ipertensione e l'ipotensione possono dare vertigine e ronzio: questi sono talora i prodromi di un accesso di angina pectoris.

Attacchi di vertigine si possono avere nelle crisi ipertensive, come pure negli spasmi arteriosi tossici, ad es. da nicotina.

Disturbi persistenti si hanno per emorragie o essudato nell'orecchio interno.

L'idrope del timpano può formarsi improvvisamente nella nefrite cronica con sordità, ronzio, e spesso vertigine.

Prima di attribuire tali sintomi a disturbi di circolo, occorre però escludere tutte le malattie locali e cerebrali che possono cagionarli.

DORIA.

L'odore particolare dell'aria espirata nello scompenso cardiaco grave.

H. Assmann (*Münch. Med. Woch.*, n. 38, 1927) sostiene che nell'alito dei malati di grave scompenso cardiaco appare un odore del tutto particolare, dolciastro, che rammenterebbe quello del latte non bollito od anche quello della carne fresca.

Tale odore non avrebbe comunque nulla di comune con quello dell'acetone.

Per quanto sia da escludersi che il fenomeno possa essere dovuto a presenza di acido lattico, sostanza che pure si ritrova nel latte fresco e nella carne non putrefatta, ma che è del tutto

inodore, l'A. è riuscito a stabilire per mezzo dell'analisi chimica che esiste corrispondenza tra l'aumentare e il diminuire dell'odore in questione, e l'aumentare e diminuire dell'acido lattico nel sangue circolante.

L'odore dunque, in definitiva, è assai probabilmente dovuto alla formazione di prodotti di scissione, accoppiamento e metamorfosi dell'acido lattico stesso, i quali vengono in parte eliminati attraverso all'alito del paziente.

M. FABERI.

TERAPIA.

Il trattamento dell'eclampsia gravidica.

Il trattamento dell'eclampsia gravidica deve essere innanzi tutto preventivo. A tale scopo ogni donna incinta deve essere sorvegliata per sorprendere la presenza dell'albuminuria. Gli edemi al riguardo, sono un'utile spia. Non appena i comuni leggeri edemi bimalleori si accentuano, e forse anche quando quest'accentuazione non si verifica bisogna praticare l'esame delle urine.

Constatata la presenza degli edemi e dell'albuminuria bisogna istituire subito la dieta lattea, che deve durare almeno diciotto giorni. Quando il latte sia mal tollerato, lo si può somministrare mescolato a parti uguali con latte fermentato, e quando, malgrado ciò, l'intolleranza continua si ricorrerà alla dieta zuccherata. L'inferma dovrà stare a letto e nutrirsi di miele, marmellate, gelatine di frutta.

Se malgrado tutte queste precauzioni scoppia l'eclampsia, occorre praticare un salasso di non più di 500 cmc., mettere l'inferma a dieta idrica, dare una purga e fare frequenti lavande intestinali.

Durante lo stato di male bisogna evitare le morsicature della lingua e tirare questa fuori della bocca con una pinza quando la sua caduta nella faringe boccale provoca respiro stertoroso.

In caso di trisma prolungato occorre praticare l'alimentazione artificiale con sonda introdotta attraverso le fosse nasali.

Come sedativi si adoperano il cloralio, la morfina e il cloroformio.

Il cloralio si dà per clistere nella quantità di 1-12 grammi al giorno. La morfina si deve dare ad alte dosi, 7-9 cgr. al giorno per iniezioni ipodermiche. Il cloroformio è sconsigliabile, perchè è un veleno per la cellula epatica.

È stata anche suggerita la pilocarpina (5 cgr. per iniezione ipodermica), ma non se ne ha larga esperienza, e per il momento non la si ritiene preferibile al cloralio.

Alla puntura lombare si deve ricorrere solo nei casi gravissimi con evidenti sintomi di compressione.

DR.

Le condizioni di operabilità dell'annessite.

Si tende attualmente a ritardare l'intervento, in modo da migliorare il risultato e diminuire le complicazioni: l'intervento a caldo è responsabile di molte morti.

È necessario, come osserva H. Lopez (*Revue médicale*, 9 giugno 1927) di evitare la confusione fra annessite raffreddata ed annessite cronica; il raffreddamento dell'annessite significa l'assenza definitiva di germi virulenti, capaci di provocare una complicazione infettiva.

I criteri di cui disponiamo per giudicare del raffreddamento sono:

1) l'osservazione minuziosa della temperatura. Se questa eccede i 38°, l'operazione va rimandata, anche se l'aumento di temperatura è dovuto ad un'altra affezione. Nell'attesa, si ricorrerà frattanto alla diatermia ed alla proteinoterapia, che possono dare buoni risultati;

2) lo studio della formola leucocitaria. La sua elevazione consiglia l'astensione;

3) il comportamento della reazione di sedimentazione delle emazie (reazione di Fahreus) Se questa si ottiene entro i quaranta minuti, è consigliabile differire l'operazione, salvo casi speciali in cui altre condizioni comandino l'intervento.

fil.

VARIA.

Concezione, ovulazione e mestruazione.

I rapporti tra periodi mestruali, ovogenesi e capacità di fecondazione dell'uovo vanno sempre meglio precisandosi. Quantunque siano registrati casi nei quali parrebbe che la mestruazione può verificarsi indipendentemente dall'ovulazione, tuttavia è a ritenersi che in generale in un tempo abbastanza definito di ciascun periodo si ha lo sviluppo di un corpo luteo che regola l'inizio della successiva mestruazione.

La quistione della periodicità dell'ovulazione si ricollega a quella della capacità di fecondazione. La donna, a differenza delle femmine degli animali, può assolvere il coito in ogni tempo, il che aumenta le difficoltà dell'accertamento della durata del potere di concezione di ciascun uovo. Hammond ha dimostrato che l'uovo di coniglio non può essere più fecondato quattro ore dopo l'ovulazione, mentre lo spermatozoo dello stesso animale conserva la sua capacità fecondante per tredici ore dopo l'immissione in vagina. Se tali fatti fossero veri anche per la donna, dato che questa è capace di concepire per un lungo periodo, anzi quasi costantemente, bisognerebbe

ammettere che le ovulazioni si ripetono continuamente. Vero è che le ricerche statistiche, le sole possibili in sì fatta materia, dimostrano che la capacità di concezione non è costante nella donna, che essa varia sensibilmente tra una mestruazione e l'altra, e non sarebbe neppure escluso un periodo di completa sterilità.

Durante la guerra si verificavano condizioni che resero possibili tal genere di ricerche. A causa dell'enorme richiamo di uomini validi sotto le armi, le donne potettero avere rapporti con i loro mariti solo raramente, per breve tempo ed in determinati periodi. Perciò in molti casi fu possibile accertare con sufficiente approssimazione l'epoca nella quale avvenne realmente la concezione.

Asdell ha raccolto e raffrontato i risultati di tutte le indagini, fatte sia durante la guerra che prima, in un articolo comparso sul *Journal of the American Medical Association* (1927, n. 7). Egli riferisce innanzi tutto gli studi fatti da Siegel in Germania nel 1916. Quest'autore, che fece le sue osservazioni sulle mogli di soldati ricoverate nella Clinica ostetrica di Freiburg, trovò che la curva della fertilità è più alta nella prima quindicina dopo la mestruazione, discende la terza settimana, e dà assoluta sterilità nella quarta settimana. Le curve di altri osservatori tedeschi concordano in genere con la precedente salvo che per la mancanza della sterilità assoluta

Hecker e Buhl, Ahlfeld e Schlichting trovarono molti anni fa che la durata della gravidanza è di 279.9 giorni dal principio della mestruazione e di 269.7 giorni dal coito. La differenza di 10.2 giorni corrisponde a quello che si ritiene l'intervallo tra il principio della mestruazione ed il coito fecondante.

Zollner, Gossran, Euge, Kinkel, Hassler e Kjolseth su circa 814 casi, esaminati in tempo di pace, osservarono che la capacità di concezione è massima nei primi otto giorni dalla mestruazione, decade gradatamente fino al diciottesimo giorno, è minima in seguito, ma la sterilità completa non si ha mai. Le curve di Issmer e di Furst danno un massimo di fecondità tra l'ottavo e decimo giorno.

I dati raccolti durante la guerra da Iäger e Pryll su 133 casi formano una curva irregolare. Si ha un massimo al sesto giorno con caduta al decimo, altro massimo al sedicesimo e poi rapida caduta. Il numero delle concezioni negli ultimi otto giorni fu il 12.8 % del totale.

Nurnberger constatò negli ultimi otto giorni un numero maggiore di concezioni di quello dato da altri autori.

Adunque nessuno degli osservatori trovò la sterilità assoluta rilevata da Siegel.

Siegel trovò anche che nelle concezioni avvenute nella prima parte del ciclo si ha una maggior percentuale di feti maschi, dato non concordante con i rilievi di altri autori, secondo i quali il sesso sarebbe indipendente dall'epoca della concezione.

Comunque è rimarchevole il lungo periodo di tempo durante il quale si può verificare la concezione nella donna, a differenza di quanto avviene negli altri mammiferi, nei quali il coito o la semina artificiale riesce fecondante solo per un periodo limitato. Bisogna quindi ammettere che la vita degli spermatozoi e delle uova è in molte specie di animali molto breve, il che del resto è stato direttamente constatato nei conigli.

La maturità dell'uovo nella donna si verifica, come si è detto, nelle varie epoche del periodo intermestruale, per modo che sembra che la mestruazione abbia un'influenza preponderante sull'ovulazione. Qualcuno sulla scorta dei risultati di alcuni esperimenti fatti sulle pecore vorrebbero assegnare una tale influenza al coito, ma si tratta di un'ipotesi che i fatti farebbero più scartare che ammettere.

La maggior frequenza delle concezioni durante la prima quindicina dopo la mestruazione più che alle condizioni intrinseche dell'uovo potrebbero essere messe in rapporto con le condizioni dello sperma e con le condizioni fisiologiche nelle quali si verifica il coito dopo l'astinenza imposta dalla mestruazione.

Conseguentemente la funzione del corpo luteo come elemento regolatore del ciclo mestruale avrebbe un'importanza minore di quella generalmente supposta.

Issmer ha studiato la durata media della gravidanza a partire dall'inizio dell'ultima mestruazione in 1200 donne con ciclo mestruale differente: nelle donne con ciclo di quattro settimane la gravidanza dura 278.8 giorni, con ciclo irregolare 278.6. In donne invece con ciclo di tre settimane la gravidanza dura 271.6 giorni. Ciò fa supporre che la durata del ciclo può essere un fattore determinante la durata della gestazione calcolata dall'inizio dell'ultima mestruazione. Calcolando invece la durata della gravidanza dal coito fecondante non si hanno sensibili differenze nelle donne con vario ciclo mestruale, la media è in ogni caso di 268 giorni.

Queste differenze nella durata della gravidanza a seconda che essa si calcola dalla mestruazione o dalla concezione farebbero pensare che mentre la fase di preovulazione ha durata variabile e quella di postovulazione (corpus luteum) è relativamente costante.

argo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Ufficio di collocamento.

Ai Signori Segretari Provinciali dei Sindacati Medici Fascisti.

Il Gran Consiglio ha demandato il collocamento agli Organi Sindacali, sottraendolo per sempre alla speculazione privata. È necessario che anche nel campo dei Professionisti, benchè le caratteristiche della loro assunzione in servizio presso enti pubblici e privati, siano molto diverse da quelle dei lavoratori manuali, si creino degli Uffici di Collocamento Sindacali pienamente efficienti e rispondenti alle loro necessità.

Il Sindacato Nazionale istituisce pertanto, sin da questo momento, un Ufficio Centrale di Collocamento per i medici, il quale curerà la raccolta di ogni notizia di concorsi e di richieste di personale da parte dei Comuni, Opere Pie, Enti Statali, Parastatali, Mutue private, ecc.

I Sindacati Provinciali sono invitati ad istituire anche essi analogo Ufficio, che avrà il compito di raccogliere notizie nelle rispettive Provincie, segnalandole all'Ufficio Centrale e di segnalarne nello stesso tempo le richieste dei colleghi che intendessero assumere qualche servizio.

Tutti i dati circa il collocamento saranno pubblicati su « Federazione Medica ».

I Segretari Provinciali sono invitati a dare subito comunicazione dell'Istituzione di questo Ufficio di Collocamento a tutti i Comuni, Opere Pie, ecc., delle rispettive Provincie e a voler pregare contemporaneamente le LL. Eccellenze i Prefetti di volere impartire disposizioni, perchè da parte degli Enti, sia dato nel tempo stesso avviso ai Sindacati Medici di apertura di concorsi e di vacanze di posto.

Cordiali saluti fascisti.

Il Segretario Gener.: ARNALDO FIORETTI.

Il divieto di mediazione per le professioni liberali.

Sotto l'impero della vecchia legge di polizia, mancava una norma esplicita che subordinasse a licenza l'esercizio della mediazione in generale e, in particolare, di quella speciale forma di mediazione o senseria, che riguarda le professioni liberali: medici, avvocati, ingegneri, ecc. Invece la nuova legge di polizia stabilisce tassativamente l'obbligo della licenza per l'esercizio di sensali o intromettitori.

In esecuzione di tale esplicita norma — con istruzioni impartite alle autorità provinciali di P. S. — è stata disciplinata la delicatissima materia della mediazione nelle professioni liberali. Le istruzioni ricordano che la coscienza pubblica vede, non senza ragione, nella scelta del medico, dell'avvocato o dell'ingegnere una scelta di carattere fiduciario; e, perciò, non è proclive a riconoscere come cosa lecita la mediazione diretta ad assicurare una clientela a quei professionisti che ritengono di non poter fare sufficiente affidamento sulla personale fiducia degli interessati.

Per questi motivi — e considerato che, nella pratica, l'esercizio della mediazione, in materia di professioni liberali, ha dato luogo ad inconvenienti gravissimi, risolvendosi spesso in uno sfruttamento organizzato delle miserie fisiche e morali di gente disgraziatissima — le istruzioni superiori invitano l'autorità di pubblica sicurezza a negare la licenza a coloro che intendono fare da sensali o intramettitori nel campo delle professioni liberali.

Queste istruzioni sono un altro documento di quella persistente quotidiana politica di educazione e di miglioramento del costume nazionale, che il Ministero dell'Interno persegue, sotto la vigile guida del Capo del Governo.

Anche qui si rivela l'originalità massima del Regime: dare una sanzione giuridica a quelle esigenze della coscienza sociale, che fino ad ora erano rimaste prive di qualsiasi adeguato riconoscimento da parte dello Stato e del Governo.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BADIA TEBALDA (*Arezzo*). — Scad. 15 feb.; con Sestino; L. 10,000 e 4 quadr. decimo; abitaz. gratuita; per uff. san. L. 500; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

BELLUNO. — Direttore della Sez. Chimica del Laboratorio Prov. d'Igiene e Profilassi, gestito dall'Osped. Civile. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del detto Ospedale.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Aiuto nell'Ospedale Maggiore; scad. 3 feb. V. fasc. 3.

CALDAROLA (*Macerata*). — Proroga a tutto 10 febbraio.

CASTIGLIONE DEL LAGO (*Perugia*). — A tutto 10 feb.; L. 7000 oltre L. 1600 serv. att. e c.-v.; 3 sesesnni dec.; L. 1000-4000 trasp.; età lim. 40 a. Chied. annunzio.

CATANZARO. — Direttore della Sez. Medico-Micrografica del Laborat. provinciale di Igiene e Profilassi; scad. 15 feb. Vedi fasc. 1.

COSENZA. *Dispensario celtico Comunale.* — Medico direttore; L. 5000; titoli ed esami; rivolgersi Ufficio Sanitario Provinciale; a tutto 20 feb.

CROVA (*Vercelli*). — Scad. 15 feb.; L. 7000 per 400 pov.; addizion. L. 2; trasp. L. 3500; ambul. L. 100 (*sic*); c.-v. L. 1200; 4 quinquenni dec.; tassa L. 50.

MOLINI DI TRIORA (*Imperia*). — Scad. 15 feb.; L. 9000 più L. 1000 uff. san. e servizio ostetrico; tassa L. 50,10.

OSIMO (*Ancona*). — L. 8000 e 10 bienni ventes., un c.-v.; scad. 20 feb.; età lim. 34 (39) a.; tassa L. 50; chied. annunzio.

PAESE (*Treviso*). — Medico del 1° reparto; Lire 8500; mezzo trasp. L. 1500; c.-v. statale. Scad. 15 febbr., p. v. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria.

PIEGARO (*Perugia*). — Scad. 18 feb.; L. 9780 e 3 quinq. decimo; c.-v.; serv. att.; trasp. Tassa L. 50.

POLLINA (*Palermo*). — A tutto 16 feb. V. fasc. 3.

RAVENNA. *R. Prefettura*. — Uff. san. del capoluogo; a tutto 16 mar.; titoli ed esami; L. 17,000 e 10 bienni del 20° oltre eventuali compensi, lire 4000 serv. att., c.-v.; età lim. 45 a.; tassa L. 50 al Tesoriere comunale; docum. a 3 mesi dal 20 gen. Chiedere annunzio.

ROANA (*Vicenza*). — Al 7 feb. V. fasc. 3.

ROMA. *Laboratorio d'Igiene e di Profilassi del Governatorato*. — Un assistente nella Sezione medico-micrografica; scad. ore 12 del 29 feb.; età lim. 35 a. L. 13,700 aumentabili a L. 16,000 dopo 12 anni di serv.,oltre L. 3500 serv. att. e c.-v. Chiedere ann.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti*. — Aiuto oculista; scad. ore 16 del 29 feb.; età lim. 35 a. al 12 gen.; 2 anni di assistentato negli Osped. RR. di Roma; tassa L. 50; stip. L. 7300 e c.-v. Chied. annunzio.

SATRIANO DI LUCANIA (*Potenza*). — L. 7000 e sei quadrienni. Età lim. 40 a. Tassa L. 50. Scad. 26 feb.

SIRACUSA. *Commissariato straordinario della Provincia*. — Coadiutore presso la Sezione Micrografica del Laboratorio di vigilanza igienica e profilassi delle malattie infettive. Titoli ed esami. L. 13,700; tre quadrienni di L. 600, 800, 900; servizio attivo L. 3500. Rivolgersi al Commissario. Scadenza ore 15 dell'8 feb.

SPEZIA. *Ospedale Civile Vitt. Emanuele II*. — Il concorso a medico primario è prorogato a tutto il 15 febbraio. È abolito il limite di età, stabilito in anni 46. È fatto obbligo ai concorrenti di presentare Copia autentica della fede di nascita. È annullato l'obbligo di presentare certificato comprovante di essere iscritto al Sindacato Fascista delle Professioni Sanitarie.

TAIBON (*Belluno*). — Scad. 10 feb. V. fasc. 3.

TITO (*Potenza*). — A tutto 15 feb.; L. 6000 (*sic*) e addizion. L. 5 sopra i 400 iscritti; sei quadrienni dodicesimo; età lim. 40 a.; tassa L. 50.05. Chied. annunzio.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione Harmsworth.

In memoria di R. L. St. J. Harmsworth è stata costituita a Londra una fondazione intitolata al di lui nome, che si propone di promuovere le ricerche sulla endocardite ulcerosa. Tale fondazione, ricca di 25,000 sterline, si propone: *a*) di raccogliere tutta la letteratura esistente sull'argomento specialmente di casi clinici indiscutibili, e di contributi batteriologici e sierologici alla questione della natura infettiva dell'affezione; *b*) lo studio accurato di tutti i casi di tale malattia che si presentano (e per questo scopo si fa appello alla collaborazione di tutti gli ospedali e le cliniche del mondo); *c*) di compiere particolari ricerche, seguendo i suggerimenti che potessero venire in proposito.

Attualmente le ricerche più attive sono dirette alle reazioni sierologiche contro gli agenti delle malattie, ai batteri che sono in rapporto con questa affezione, ai metodi terapeutici di natura chimica e batteriologica che si vanno sperimentando.

La fondazione, su proposta del comitato scientifico, concede assegni agli studiosi inglesi e di altre nazionalità per aiutarli a compiere lavori di clinica o di laboratorio, inerenti all'argomento, che vengono giudicati interessanti, sia che trattisi di ricerche da iniziare o già iniziate. Sono sussidiate anche ricerche di natura statistica.

L'entità della fondazione permette di conferire premi a tutti i collaboratori, i cui lavori siano giudicati di reale interesse. Informazioni e richieste dovranno essere indirizzate al Dott. F. Seymour Price, 41 Sloane Gardens, London S. W. I.

BORSE DI STUDIO.

Borse di studio nella R. Università di Parma.

È aperto il concorso a n. 15 Borse di studio da L. 1000 cadauna, disposte dal Comitato Pro Università di Parma, esclusi i fuori corso, i quali abbiano sostenuto il numero di esami consigliato dalla Facoltà o Scuola per il rispettivo anno di corso, riportando una media complessiva di ventisette trentesimi con non meno di ventiquattro in ciascuna materia. Gli iscritti al primo anno dovranno avere riportata una media di almeno sette decimi nell'esame di maturità.

Per concorrere alle borse suddette, occorre presentare alla Segreteria Universitaria, entro le ore 17 del 31 marzo 1928, regolare domanda in carta legale da L. 2 diretta al Presidente del Comitato Pro Università, corredata dai seguenti documenti tutti in carta libera:

a) Situazione di famiglia rilasciata dal Comune di residenza;

b) Certificato dell'Agenzia delle Imposte comprovante i redditi patrimoniali del richiedente e della sua famiglia.

L'assegnazione delle borse verrà fatta dal Senato Accademico della R. Università di Parma, tenendo presente che otto borse sono riservate agli studenti appartenenti alle antiche provincie irredente.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Rocco Jemma è nominato preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia della R. Università di Napoli.

Hanno conseguito la libera docenza in patologia speciale chirurgica dimostrativa nella sessione 16-26 dicembre 1927 i dottori: Anglesio Bernardo, Torino; Balice Gaetano, Napoli; Bianchetti Carlo Felice, Torino; Bologna Mario, Napoli; Calvanico Raffaele, Napoli; Carisi Guido, Treviso; Carravetta Mario, Napoli; Colle Guido, Padova; Di Gioia Cosmo, Palermo; Giuliani Giovanni, Parma; Jura Vincenzo, Roma; Leone Pietro, Palermo; Nigrisoli Pietro, Torino; Pinardi Giuseppe, Torino; Romeo Giovanni, Napoli; Rossi Nereo Francesco, Milano; Turco Adalgiso, Torino; Violato Andrea, Roma; Virgillo Francesco, R. Marina, La Maddalena; Travaglini Vittorio, Napoli; Romani Antonio, Padova.

Il Re d'Inghilterra ha nominato Cavaliere dell'Ordine dei Santi Michele e Giorgio il prof. Aldo Castellani, direttore dell'Istituto Ross e dell'Ospedale per le malattie tropicali.

Alla cattedra di fisiologia dell'Università di Utrecht (Olanda), in sostituzione del prof. Zwaardemaker, andato a riposo per limiti di età, è stato chiamato il prof. Noyons, da Lovanio (Belgio).

Il dott. Robert L. Porter è nominato decano della Scuola Medica di San Francisco in California. Il dott. Porter ha visitato le principali scuole mediche d'Italia, Francia, Inghilterra, Canadà e Stati Uniti; egli si è fermato specialmente a Roma, ove ultimamente ha trascorso tre anni, ospite graditissimo.

Per la terza volta una delle due borse della Fondazione Rotellini presso la R. Università di Roma è stata vinta dallo studente Giuseppe Penso del V anno di Medicina e Chirurgia. Rallegramenti.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Padova.

Notizie dell'Ateneo Padovano.

Il prof. O. Casagrandi, già una volta confermato Preside della Facoltà Medica, ha ora ricevuta la seconda conferma a tale ufficio. Nell'ultima seduta di Facoltà, i colleghi lo hanno accolto con applausi esternandogli sentimenti di viva simpatia e di approvazione per l'indirizzo e l'attività che l'illustre scienziato sa dare ai molteplici e delicati impegni di tale carica. L'unanime plauso ebbe anche un significato di compiacimento per l'altra conferma avuta recentemente dal Casagrandi come membro del Consiglio Superiore di Sanità Pubblica.

In memoria di Augusto Bonome.

Il 6 dicembre nella nuova aula dell'Istituto di Anatomia Patologica, presente numeroso pubblico di professori e studenti e delle autorità locali, venne commemorato il compianto prof. Augusto Bonome che di quell'Istituto fu direttore dal 1891 al 1922. La cerimonia ebbe inizio con parole pronunciate dal Rettore Magnifico prof. Soler. Quindi il preside della Facoltà di Medicina, professore Oddo Casagrandi, a nome dell'apposito Comitato fece scoprire il medaglione e l'epigrafe murati nella parete principale dell'aula a ricordo dell'estinto, e con parole caldamente commemorative ne fece consegna al Rettore dell'Istituto.

Il discorso ufficiale venne pronunciato dall'allievo prediletto del prof. Bonome ed ora suo successore nell'insegnamento, prof. Giovanni Cagnetto. Con parola commossa di discepolo, di amico, di compagno negli studi per oltre un decennio, l'oratore espose da quale salda volontà, da quale attrazione per la scienza, traverso difficoltà ed anche pericoli fu guidato fermamente il Bonome fino dai primi inizi della carriera. Ancora studente guadagnò la medaglia d'oro che il Comune di Genova destinava all'allievo migliore dell'Università. L'epidemia colerica del 1883 lo vide quindi volontariamente rinchiuso in un lazzaretto ligure a curare gli ammalati ed indagare le cause del morbo. Si occupò quindi di fisiologia, di farmacologia, ed anche di chirurgia sotto la guida dell'illustre Caselli. Si orientò infine definitivamente verso l'Anatomia Patologica come assistente di Pio Foà. La carriera è quindi rapida; il 1889 è a Padova straordinario di questa materia, il 1890 ordinario a Siena, il 1891 a Padova ordinario, dove rimane sino alla morte. Qui egli esplicò tutta la sua opera di scienziato svolgendo un grande lavoro che il prof. Cagnetto riassunse ampiamente illustrandone i punti salienti, ed in special modo i felici tentativi che il Bonome per primo eseguì circa la coltura dei tessuti in terreni artificiali, con metodi esatti, precorrendo di numerosi anni i recenti studi del Carrel.

L'oratore ricorda infine lo spirito purissimo del Bonome che alla scienza diede tutta l'attività, ispirandosi ad un sentimento di filosofia che lo fece chiuso ed insensibile a quanto potesse fuorviare la sua attenzione dall'indagine dei problemi scientifici. E nell'attività del lavoro egli si estinse a 65 anni d'età il 5 dicembre 1922 nella sua casa di Padova.

Il prof. Cagnetto chiude il discorso con un commosso saluto alla memoria del Maestro al quale i presenti rispondono con calorosissimi applausi.



Nell'Istituto di Farmacologia, diretto dal prof. L. Sabbatani, il prof. Egidio Meneghetti, aiuto, è riuscito primo nel concorso di farmacologia per l'Università di Camerino. In seguito a ciò la Facoltà Medica di Palermo l'ha chiamato, e S. E. il Ministro della P. Istruzione l'ha già nominato a partire dal primo dicembre.

Il dott. Giacomo Gragnol, da parecchi anni allievo dell'Istituto, ha ottenuta la libera docenza in farmacologia. Hanno pure ottenuta la libera docenza in Farmacologia altri due che negli anni scorsi furono a studiare in quell'Istituto, e cioè il dott. Piero Testoni ora aiuto di Farmacologia

a Sassari, ed il dott. Angelo Rabbeno ora aiuto di Farmacologia a Pavia.

Un altro allievo dell'Istituto stesso, il dott. Giulio Stella, è andato a Londra da Hill con una borsa di studio della Fondazione Rockefeller.

P. L. F.

Da Genova.

Consultorii medici matrimoniali.

La « Lega d'igiene sociale ligure » ha presa l'iniziativa per la organizzazione di speciali *Consultorii profilattici matrimoniali*. Viste le difficoltà pratiche di una legge diretta a rendere obbligatoria la « *Visita prematrimoniale* », in Germania, in Austria ed altrove sono stati istituiti i cosidetti *Consultorii medici per il matrimonio* (Eheberatunganstalt) ossia Uffici sanitarii cui i fidanzati possono liberamente rivolgersi per eventuali visite, informazioni e consigli reciproche intorno alla idoneità alle nozze.

La Lega d'igiene sociale della Liguria tende a scopi ancora più estesi poichè i Consultorii che intenderebbe istituire non avrebbero soltanto lo scopo di fornir consigli profilattici *prematrimoniali* ma anche consigli *durante la vita matrimoniale*, sia dal punto di vista igienico, sia dal punto di vista medico-legale.

Tentativi del genere non sono nuovi da noi (Milano); ma i Consultorii igienico-sociali, intesi in senso lato, come istituzione diretta alla difesa integrale degli interessi fisici e psichici della famiglia sarebbe istituzione d nuovissima maniera.

p. g. g.

Da Torino.

Immunità antitubercolare.

In una delle ultime sedute della R. Accademia di Medicina il dott. Giordano ha comunicato su interessanti osservazioni fatte iniettando vaccini antitubercolari preparati con bacilli tenuti per due ore a 70 gradi in due riprese e ricercando quando comparissero nelle cavie segni sicuri di una allergia specifica. Osservò che i segni di fenomeni allergici specifici compaiono tardivamente e gli fu dato constatare in tutti gli animali la presenza di piccoli focolai di lievi lesioni tubercolari e anche talora isolare dopo innesti in altre cavie, da questi focolai bacilli tubercolari molto attenuati ma vivi.

Nella discussione che ne seguì il prof. Micheli fece notare come la tardività delle reazioni e le constatazioni istologiche e bactereologiche di queste ricerche sarebbero favorevoli alla concezione che i fenomeni di immunità veramente specifica antitubercolare siano praticamente condizionati alla presenza nell'organismo di bacilli comunque attenuati ma vivi, e ciò secondo le vedute di varii studiosi, e le osservazioni potrebbero dare una spiegazione intorno alla constatazione di fenomeni immunitari tardivi osservati da altri autori dopo l'iniezione di facilli trattati col calore a 70 gradi o a temperature inferiori, nel senso che probabilmente a queste temperature possano persistere forme di virus tubercolare suscettibili di svilupparsi ulteriormente in successivi innesti in germi di virulenza attenuata.

Condizioni che favoriscono l'attecchimento degli innesti di tessuti.

Con la sua altissima competenza il prof. Benedetto Morpurgo parlò di questo interessantissimo tema nell'ultima seduta della locale sezione della Società Italiana di Biologia Sperimentale. È noto che il prof. Morpurgo ha già una lunga serie di lavori su questo argomento che ha sempre formato oggetto di continuo studio nella sua scuola, lavori che fruttarono fondamentali osservazioni teoriche e pratiche intorno alla sorte degli innesti di tessuti. Egli ha riassunto sinteticamente il cumulo delle esperienze sull'innesto omoplastico aggiungendovi nuove interessantissime osservazioni. Ha esaminato la questione della vascolarizzazione del lembo trapiantato e delle condizioni di apporto di materiali nutritivi, venendo alla conclusione che il mancato attecchimento non si poteva in generale ricondurre a mancata vascolarizzazione. È probabile invece che le condizioni dell'ambiente umorale dell'ospite siano diverse da quelle necessarie per la vitalità perfetta delle cellule estranee e che inoltre sopratutto la presenza di questo tessuto estraneo stimoli l'organismo a produrre anticorpi specifici verso le cellule del tessuto trapiantato. Onde tutta una serie di tentativi di impedire la formazione di queste sostanze che producono la morte dell'innesto e diretti contro l'apparato reticolo-endoteliale che si ritiene abbia importante e forse esclusiva funzione di produrre anticorpi (blocco dell'apparato reticolo-endoteliale), tentativi sulla base teorica dei quali il prof. Morpurgo fece le più ampie riserve.

Le nuove interessanti osservazioni riguardano l'andamento di lembi di pelle omoplastici in grossi ratti albini da vario tempo digiunanti. Le esperienze eseguite dal prof. Morpurgo dimostrano chiaramente che il digiuno favorisce l'attecchimento degli innesti come poteva vedersi negli animali presentati. Quale sia la spiegazione dell'importante constatazione non si può dire ancora con certezza e nell'istituto di Patologia generale saranno proseguite le ricerche.

CIPRIANI.

Da Milano.

Adunanza inaugurale del 1928 all'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.

Il 6 gennaio u. s. si è tenuto nella Sala Napoleonica a Brera l'adunanza inaugurale del 1928 dell'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere. Aperta la seduta il presidente scaduto prof. Berzolari ha fatto una lucida relazione dell'attività svolta dall'Istituto nel 1927. Per quanto riguarda la Sezione Medica egli ha ricordato le comunicazioni dei soci: Tansini « Su di un raro caso di carcinoma bilaterale della parotide operato », Devoto « Sul nuovo regolamento sulla Medicina del lavoro », Belfanti « Sui veleni animali », Galeazzi « Sulla paralisi del quadricipite », Perroncito

« Sulle relazioni tra funzionalità epatica, gotta e iperglicemia », Veratti « Sulla coltura in vitro di elementi del sangue ». Viene quindi data la parola al Socio effettivo prof. Devoto che dà lettura a una interessante prolusione sul tema « Dignità di lavoro e dignità di vita ». Con mano di vero artista il prof. Devoto ha dipinto un quadro di quello che è stato il cammino percorso dalla Medicina del Lavoro dai tempi più remoti della Storia sino ai tempi nostri. Nell'antica Grecia il lavoro manuale, il lavoro dell'artigiano, era considerato cosa bassa e vile eccezion fatta per l'agricoltura alla quale attesero quasi tutti gli eroi dell'antichità: spesso in quello erano impiegati gli schiavi e gli uomini liberi ed i pensatori ne rifuggivano. Un influsso salutare di opposizione venne esercitato da Ippocrate che studiò le cause delle malattie anche negli artigiani. Tali concetti dominarono anche nell'antica Roma. Nell'Evo Medio le cose cambiano sensibilmente, coi Comuni si hanno le Corporazioni e le confraternite nelle quali gli artigiani riuniti in gruppi si prestano aiuto e mutuo soccorso. Nel Rinascimento malgrado il risorgere dello spirito dell'antichità classica non si ha un ritorno del dispregio del lavoro manuale come di ciò che deforma il corpo, ma anzi il lavoro è titolo di onore. Ma è alla fine del '600 per opera di Bernardino Ramazzini che viene a costituirsi definitivamente un ramo della Medicina che si occupi esclusivamente delle malattie degli operai. Colla Rivoluzione francese anzichè un progresso si ha colla libertà delle industrie e colla libertà di sfruttamento dell'operaio un regresso in questo campo. Ma durante il corso del secolo xx le cose vanno migliorando sensibilmente soprattutto in Inghilterra e va diffondendosi sempre più la tendenza ad abolire la carità ed a pensare alla previdenza, dato che colla sempre crescente industrializzazione dei paesi e delle città si moltiplicavano le cause di malattia: intossicazioni, deficienze nell'alimentazione e dell'abitazione, ecc. Ma sempre più tale movimento di previdenza si va facendo scientifico e medico, oramai la strada è tracciata e man mano si aggiungono sempre nuove leggi e disposizioni atte a salvaguardare e migliorare la classe degli operai: ecco sorgere le prime colonie marine ed alpine, le disposizioni sulla protezione della maternità e dell'infanzia, ecc. La « Carta del lavoro » è stato per noi degno coronamento di tale secolare serie di lotte e di progressi.

La prolusione del prof. Devoto è stata vivissimamente applaudita. RUGGERO ASCOLI.

Da Catania.

Prolusione al Corso Ufficiale di Patologia medica.

Il 14 c. m. nell'Aula Magna della R. Università di Catania il prof. Preti, titolare della Cattedra di Patologia medica, ha letto la prolusione al Corso ufficiale trattando delle *aspirazioni e compiti della Patologia medica.*

L'O., riferendosi a varii campi della Patologia umana, dimostra l'importanza dello studio dei sintomi, delle sindromi, della patogenesi dei morbi e delle deviazioni biologiche dell'organismo che in essi si verificano.

La Patologia medica, mentre attinge da altre scienze gli elementi per tali indagini, prepara alla sua volta il sostrato necessario alla Clinica.

Quest'ultima sarebbe rispetto alla Patologia medica, ciò che è l'Arte rispetto alla Scienza.

Prolusione al Corso Ufficiale di Clinica delle malattie nervose e mentali.

Il giorno 9 gennaio il prof. Buscaino, titolare della Cattedra di Clinica delle malattie nervose e mentali, ha letto nell'Aula Magna della R. Università di Catania, la prolusione sul « *metodo nello studio delle malattie nervose e mentali* ».

L'O. tratta dei varii indirizzi di studio delle malattie nervose e mentali: anatomico, psico-patologico, costituzionalistico, ecc. Dopo critica dei varii metodi l'O. si dichiara seguace dell'indirizzo biologico che studia i malati non solo nel sistema nervoso, ma in tutto l'organismo con tutte le tecniche possibili.

Spesso le cause delle malattie nervose e mentali sono nell'organismo, al di fuori del sistema nervoso, sicchè lo studio di queste non è che schietta medicina. A. T.

NOTIZIE DIVERSE.

Un Congresso medico a Cuba.

A Cuba si è tenuto un Congresso Medico Internazionale, cui partecipavano numerosi Paesi.

Nel discorso inaugurale, il presidente del Congresso, dott. Francisco Maria Fernandez, ha reso un fervido e caloroso omaggio alla grandezza scientifica dell'Italia, « augusta madre di tutti i Latini, al risuscitatore delle antiche energie di Roma, Benito Mussolini, e al Fascismo, che fa rivolare quelle antiche aquile romulee che per ben tre volte hanno dato al mondo le leggi del vivere civile ».

L'Italia è stata rappresentata dal nostro Ministro all'Avana comm. Guglielmo Vivaldi e dal dott. De Gregori.

Il Vivaldi ha rivendicato all'insigne clinico italiano Fabrizio D'Acquapendente la scoperta della circolazione del sangue, attribuita dagli anglosassoni al suo discepolo William Harvey. In un altro discorso ha illustrato il formidabile contributo dato dalla scienza italiana alla lotta contro la malaria.

Il presidente della Repubblica in persona, generale Gerardo Machado, ha pronunciato il discorso di chiusura del Congresso.

Conferenza sulle affezioni reumatiche.

Una conferenza, con discussioni, sulle affezioni reumatiche, è indetta a Bath, Inghilterra, il 10 e l'11 maggio. Sir George Newman, medico capo del Ministero dell'Igiene britannico, ha accettato di presiederla. Essa si dividerà in tre parti:

1) Aspetti sociali, sotto la presidenza di lord Dawson of Penn; 2) Cause, sotto la presidenza di sir Humphry Rolleston, dell'Università di Cambridge; 3) Trattamento, sotto la presidenza di sir E. Farquhar Buzzard, dell'Università di Oxford.

Segretario medico locale è il dott. Vincent Coates, 10, The Circus, Bath, Inghilterra.

Una "Università Sindacale" per i lavoratori.

In base alle direttive della « Carta del lavoro » ed al programma della Confederazione Nazionale dei Sindacati Fascisti per l'educazione ed elevazione delle classi lavoratrici, ed in armonia alla dottrina fascista, è stata costituita una « Università Sindacale Fascista per il popolo », con sede centrale in Roma, Piazza Colonna, 366, p. p. (Federazione Intellettuali).

L'Università ha il compito principale di illustrare ai lavoratori i principî e le realizzazioni del nuovo regime corporativo, divulgare l'arte e renderla accessibile al popolo, dare alle masse una coscienza produttiva, popolarizzare le moderne direttive per la previdenza, l'igiene, l'assistenza e la difesa dell'integrità fisica della razza. Essa è diretta da un Comitato Centrale composto dell'on. Edmondo Rossoni, Pietro Mascagni, Giacomo di Giacomo, Umberto Guglielmotti, Arnaldo Fioretti, on. Ermanno Amicucci, dott. Ermanno Fioretti, avv. Cesare De Bernardis, Leonino da Zara, architetto Alberto Calza Bini, ing. Angelo Beretta; detto Comitato sarà completato successivamente.

Corso di perfezionamento.

Il decano della Facoltà medica di Innsbruck informa che dal 12 al 18 marzo sarà tenuto un corso di perfezionamento per medici pratici, comprendente 13 materie; tassa d'iscrizione 20 scellini; le iscrizioni si ricevono sino al 10 marzo. Rivolgersi al: Dekanat der Innsbrucker medizinischen Fakultät, Innsbruck.

Il III giubileo della "Münchener".

Con il 1928 la « Münchener Medizinische Wochenschrift » è entrata nel suo 75° anno di vita. Nell'occasione è stato pubblicato un magnifico numero giubilare, ricco di 18 articoli originali nonchè di articoli varî e di altro copioso materiale, in elegante veste tipografica. Tra i collaboratori figurano molti dei migliori nomi della medicina tedesca: da Bier a Döderlein, da F. Müller a Sauerbruch. Dei principali contributi non mancheremo di dare le recensioni prossimamente.

Lo storico della Facoltà Medica di Monaco, prof. Kerschensteiner, in un articolo introduttivo traccia le vicende del periodico, le quali sono intimamente legate alla Facoltà, che, in un prossimo passato, potè vantare personalità di prim'ordine, le quali hanno assunto un compito cospicuo nella storia della medicina, quali Pettenkofer, Bollinger e altri.

Egli tiene inoltre a mettere in particolare rilievo la costante intesa avutasi tra la redazione e l'amministrazione del periodico: ad essa va in gran parte ascritto il crescente successo.

A rendere possibile la pubblicazione del numero giubilare, hanno concorso con larghezza tutte le case produttrici di medicinali e di presidî medici dei paesi tedeschi. Basti notare che sopra 72 pagine di testo se ne contano 92 di annunzi. Quelle Ditte, a differenza delle nostre, sentono il dovere di sostenere la stampa medica, non solo a titolo di riconoscenza — poichè la stampa medica, anche solo accogliendone le inserzioni, ne fa conoscere i prodotti — ma anche per un sentimento alto di patriottismo, poichè la stampa costituisce un mezzo di affermazione e di penetrazione colturale.

Non si può a meno di rimarcare la differenza con le Case italiane, le quali — anche le migliori — lesinano il loro concorso alla stampa medica e lo misurano esclusivamente sul metro commerciale del rendimento diretto.

Conferenza della signora Celli a Berlino.

Nella grande aula della « Berliner medizinische Gesellschaft » di Berlino, ha avuto luogo il 16 gennaio una conferenza della signora Anna Celli, vedova e collaboratrice del prof. Angelo Celli, sulla malaria, la lotta condotta da essa in Italia ed i risuitati ottenuti. Assisteva un pubblico numerosissimo.

Dopo venne proiettata la film « Malaria », preparata dal prof. Gosio.

Elargizione pro « Maternità e Infanzia ».

Il R. Commissario per la straordinaria gestione dell'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia fece istanza al Ministero degli Interni che l'Opera stessa, agli effetti della legge 10 dicembre 1925, fosse autorizzata ad accettare la elargizione di L. 100,000 fatta *brevi manu* da un benefettore, con l'esplicita condizione che il suo nome non venga in alcun modo reso pubblico.

Il Ministro dell'Interno, accettando la istanza, ha disposto con suo decreto in data 9 gennaio 1928 che l'Opera nazionale per la protezione della maternità e della infanzia è autorizzata ad accettare l'elargizione di lire 100,000 fatta nel modo sopraindicato.

Un nuovo acquedotto per la città di Roma.

Entrerà prossimamente in funzione un nuovo acquedotto per la città di Roma, per Ostia e per l'Agro Romano; l'acqua è catturata al monte di Tivoli, a 250 m. sul mare, e l'acquedotto si svolge per oltre 28 Km., di cui 14 circa di percorso sotterraneo (in una galleria alta m. 1.70); ne fanno parte sei sifoni.

Nuovi fabbricati medici in Argentina.

La Scuola Medica di Buenos Aires ha deciso di costruire parecchi nuovi edifizi in prossimità

dell'Ospedale Clinico; i primi edifizi saranno l'Istituto di Clinica Medica e la Scuola di Odontoiatria.

Il Municipio di Buenos Aires ha inaugurato i nuovi edifizi dell'Istituto Pasteur.

La Scuola Medica di Rosario ha chiesto al Congresso federale 2 milioni di pesos, pari a 15 milioni di lire it., per nuove costruzioni.

Nave ospedaliera nord-americana.

Della marina da guerra americana fa parte la nave ospedaliera « Relief » la quale stazza 9,800 tonnellate ed ha un equipaggio di 324 marinai e 29 ufficiali di cui 9 sono ufficiali medici, 2 ufficiali dentisti, 3 farmacisti e 12 fanno parte del corpo infermiere. Ha 14 corsie, camere per 19 ufficiali malati, sale d'isolamento, ecc. Tra gli apparecchi di cui è fornito è un elettrocardiografo. La cucina è tutta ad elettricità.

La figlia di Darwin.

Il 24 dicembre moriva a Londra, in età di 84 anni, Enrichetta Darwin, figlia del grande naturalista. Fino al 1881, prima del suo matrimonio, ella aiutò molto nelle sue ricerche il padre, malaticcio, che non poteva protrarre il lavoro per più di 20-30 minuti, per riprenderlo in discrete condizioni dopo un breve riposo.

Ella ha lasciato una discreta sostanza, in parte destinata a scopi benefici, e una raccolta di lettere familiari che prospettano la vita intima del sommo biologo.

Riunione di antichi pazienti di un sanatorio.

Al Sanatorio per tubercolotici dello Stato di New Jersey, a Glen Garden, si sono adunati circa 700 antichi pazienti guariti, insieme a medici, infermiere e altro personale del sanatorio, in un cordiale simposio, servito nella hall delle ricreazioni. Venne offerta una medaglia d'oro al direttore del sanatorio, dott. Samuel B. English, per solennizzare il 25° anniversario della sua carica.

Vittima della professione.

È morto a Peterborough (Inghilterra) il radiologo Alfred Taylor, per una radiodermite che gli dava forti sofferenze e aveva già richiesto l'amputazione di quattro dita; da tempo gli era impedita qualsiasi attività.

Il cancro fra gli israeliti.

Il dott. W. M. Feldman ha presentato, in seno al convegno annuale della « Jewesh Health Organisation of Greath Britain », i risultati di una inchiesta condotta dal dott. M. Sourasky, sulla frequenza del cancro tra gli israeliti in Inghilterra.

I tassi di mortalità tra il 40° e il 65° anno, ossia nell'« età del cancro », dimostrano come questa frequenza sia uguale a quella della popolazione non israelita. Considerando però la frequenza del cancro nei varî organi ed apparecchi, risulta come gl'israeliti presentino con maggiore frequenza i tumori maligni degli organi digerenti, mentre essi ne sono molto meno colpiti negli organi della riproduzione, specialmente dal cancro dell'utero.

In rapporto alle condizioni economiche, gl'israeliti poveri presentano il cancro negli organi digerenti con la stessa frequenza dei ricchi; invece sono meno colpiti dal cancro negli altri organi.

Uno sciopero di medici in Francia.

I sindacati medici di una provincia del dipartimento dell'Ain hanno deciso di sospendere le cure mediche ai poveri ed ai vecchi, e ciò in seguito a un rifiuto opposto dal Consiglio generale dei comuni, alla richiesta di elevare le tariffe.

Queste importano 6 franchi per le visite in ambulatorio ed 8 per le visite a domicilio, oltre una indennità di franchi 1,50 a chilometro, per le visite fuori del Comune. I medici affermano di non poter più accettare siffatti compensi, imposti loro con una decisione arbitraria dal Consiglio generale, ed insistono affinchè le tariffe vengano rivedute e stabilite di comune accordo; dichiarano di non voler essere « gli schiavi del Consiglio ». I medici hanno anche deciso che continueranno a prestare le loro cure agli indigenti e in tutti i casi urgenti. Il prefetto ha autorizzato i sindaci ad accettare temporaneamente queste condizioni, finchè il problema non venga di nuovo preso in esame dal Consiglio generale, per giungere ad una decisione definitiva.

Non abbiamo ancora notizie sull'ulteriore svolgimento della vertenza.

Le tasse per le automobili dei medici in Francia.

Le tasse per le automobili sono molto elevate in Francia. Hanno due gradi: per le automobili di lusso e per quelle destinate alle industrie, ai commerci od all'attività professionale. Le automobili dei medici sono classificate nel secondo gruppo; ma se un medico possiede due automobili, solo una paga per l'uso professionale, mentre l'altra viene considerata come « voiture de luxe ». In esito a numerose proteste, il ministero ha ora stabilito che due autovetture appartenenti ad un medico possono essere riguardate tutt'e due come d'uso professionale e quindi soggette alla tassa minore, purchè il medico possa dimostrare che una delle due viene usata solo come sussidiaria, quando l'altra è in riparazione. (Dal *Journal A. M. A.*).

Maternità precoce.

Il dott. Dittrik, sul « Journ. of the Amer. Med. Assoc. », descrive il caso di una ragazza inglese che a soli 11 anni, 10 mesi e 22 giorni ha dato alla luce un bambino sano di 3 Kg.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., nov. — E. FROMMEL. Elettrocardiografia nella narcosi. — M. LETULLE e A. JACQUELIN. Linfocitoma maligno.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 dic. — Numero sulla fisioterapia.

Journ. Amer. Med. Assoc., 10 dic. — S. J. BAKER. Mortalità materna negli Stati Uniti. — F. P. LEWIS. Trattam. non operativo del glaucoma infiammatorio.

Arch. di Patol. e Cl. Med., nov. — G. MELLI. Genesi degli essudati e trasudati. — P. SARZI-SARTORI. Emoistoblasti (cellule di Ferrata) e loro derivati nel s. circol. di leucemici.

Presse Méd., 21 dic. — G. MÉTIVET. Coliche appendicolari, coproliti e appendicite gangrenosa.

Rass. Intern. di Cl. e Ter., nov. — G. IZAR. Chimioterapia dell'infezione melitense.

Rif. Med., 19 dic. — G. MOLINARI. Il fenolo in sostituzione degli estratti lipoidei per la r. W. nel liquor.

Dermosifilografo, dic. — F. POLLANO. Reaz. di Sciarra per la sierodiagn. della sifilide.

Journ. de Méd. de Paris, 29 dic. — G. DROUET. Malattia di Bouillaud.

Folia Med., 15 dic. — G. ARPINO. I tumori del simpatico addominale.

Ann. d'Ig., dic. — A. SCALA, N. SETTE. Azione biochimica dell'albume d'uovo, della tossina difterica e del vaccino tifico.

Münch. Med. Woch., 30 dic. — WIECHMANN. Sulle cure ingrassanti con insulina. — HÖGNER. I centri vitali nel mesencefalo.

Presse Méd., 28 dic. — DANIELOPOLU e al. Le zone riflettogene carotidee.

Gaz. d. Hôp., 24 dic. — TURRIÈS. Sindromi non classificate a mononucleosi.

Proc. R. Soc. of Med., dic. — A. KEITH. Origine e natura degli osteoblasti. — C. GORDON WATSON. Trattam. del cancro del retto. — E. C. LAMBKIN. Sul trattam. della gonorrea. — Copiosa casistica.

Tohoku Journ. exper. Med., 14 nov. — E. HAYASAKA. Volume del cuore nell'ipertens. — H. TAKAHASHI. Il meccanismo della diuresi da mercuriali.

Brit. Med. Journ., 24 dic. — H. C. CAMERON. L'alimentaz. infantile. — J. P. STEEL. Trattam. di certe malattie mentali con la soluz. di Ringer-Locke.

Lancet, 24 dic. — A. E. WRIGHT. La chemoterapia.

Münch. Med. Woch., 23 dic. — BAEUSCH e FINSTERBUSCH. Impiego terapeutico dei raggi catodici. — v. HÖSSLIN. Trattam. della tachicardia parossistica.

Deut. Med. Woch., 23 dic. — FRIEDMANN. Guarigione dell'angina agranulocitica con i raggi X. — WICHMANN. Risultati dell'iniez. intracutanea di bac. tbc. di virulenza ridotta.

Mediz. Klinik, 23 dic. — F. KLEMPERER. Modificazioni delle nostre vedute sullo sviluppo della tbc. polm. — M. LEMEREU, SIEMIANOWSKI. Neurosi cardiovascolari da insufficienza delle gl. genitali.

Wien. Klin. Woch., 22 dic. — PLAUT. Patologia del liq. cer.-spin.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

IL POLICLINICO

Abbonamenti cumulativi:

☛ *Nuovo periodico edito dalla nostra Casa, concesso* **a prezzo di favore**, *in abbonamento cumulativo col « POLICLINICO » per il 1928.*

IL DIRITTO PUBBLICO SANITARIO

Periodico Mensile di Giurisprudenza e Legislazione

È diretto dall'On. Dr. **ARISTIDE CARAPELLE**, Consigliere di Stato, e dall'Avv. **GIOVANNI SELVAGGI**, sercente in Cassazione.

IL DIRITTO PUBBLICO SANITARIO riporta tutte le **Leggi**, i **Decreti**, i **Regolamenti** e le **Circolari** concernenti anche indirettamente l'**ordinamento giuridico sanitario**, nel *senso piu ampio* e le **Istituzioni Sociali**. — Ogni numero contiene **Note di commento** e di **Illustrazione delle Leggi e dei Regolamenti** più importanti nonchè **una rassegna completa della giurisprudenza** della Corte di Cassazione, del Consiglio di Stato in Sede Giurisdizionale e Consultiva e di altre Magistrature, con esposizioni ragionate delle **controversie** e delle **risoluzioni**.

IL DIRITTO PUBBLICO SANITARIO in ogni suo numero reca **studi sintetici di questioni d'attualità** e **Cenni di legislazione estera.**

IL DIRITTO PUBBLICO SANITARIO è una guida chiara e semplice specialmente per tutto ciò che attiene alle istituzioni sociali, ai rapporti d'impiego con Enti Pubblici, all'esercizio delle professioni, all'ordinamento sindacale, ai poteri di polizia sanitaria, ecc.

Si pubblica ogni mese in fascicoli di 40-48 pagine di testo in modo da formare a fine d'anno un volume di oltre 500 pagine con indici sistematici.

Abbonamento annuo per l'Italia L **35** - per l'Estero L. **50**

Per gli abbonati al POLICLINICO: per l'Italia sole L. **25** - per l'Estero sole L. **40**

Inviare Vaglia Postale ai FRATELLI POZZI, Editori — Via Sistina, 14 - Roma.

Altre nostre RIVISTE SPECIALI concesse agli associati al "Policlinico" in abbonamento cumulativo pel 1928.

Gli associati al « Policlinico », a qualunque Serie siano essi abbonati, coll'aggiunta di sole: L. **30** per l'Italia o L. **45** per l'Estero potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1928 di **una** delle tre seguenti nostre Riviste di specialità:

CUORE E CIRCOLAZIONE

Continazione de **"Le malattie del cuore e dei vasi"**

periodico mensile illustrato diretto da VITTORIO ASCOLI, Clinico Medico di Roma

Redattore Capo: CESARE PEZZI

Ogni fascicolo si compone di 44-48 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, lezioni e conferenze: b) rassegne, riviste e congressi; c) notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 36; Estero L. 55 Un num. sep. L. 5; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 30; Estero L. 45

☛ **N. B.** — Ai nuovi abbonati del 1928 a « Cuore e Circolazione » si concedono le intere annate 1920-1921-1922-1923, del periodico « Le malattie del cuore », nonchè 1924, 1925 (questa senza il fascicolo 5, esaurito), 1926 e 1927 di « Cuore e Circolazione » per sole L. **150** se in Italia, e per sole L. **200** se all'Estero, in porto franco.

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

fondata nel 1898 dal Prof. F. LA TORRE

diretta da PAOLO GAIFAMI

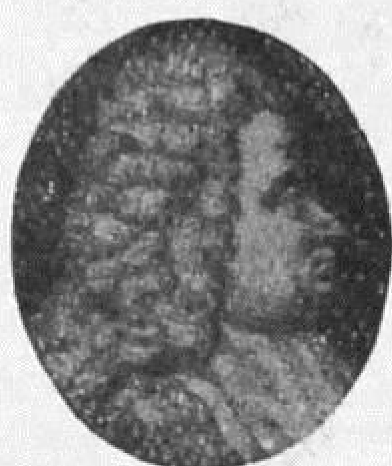
Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di Bari

Ogni fascicolo si compone di 48-60 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; b) recensioni, quesiti e commenti, bibliografia; c) Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 36; Estero L. 55 Un num. sep. L. 5; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 30; Estero L. 45

☛ **N. B.** — I nuovi abbonati del 1928 possono ottenere l'annata del 1925 senza il 1° fascicolo (esaurito) e le intere annate 1926 e 1927 per sole L. **75** se in Italia e per sole L. **110** se all'Estero, in porto franco.

IL VALSALVA



Rivista mensile di Oto-Rino-Laringojatria

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di Pisa

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 36; Estero L. 55; Un numero separato L. 5
Per gli associati al Policlinico: Italia L. 30; Estero L. 45

☛ **N. B.** — Ai nuovi abbonati del 1928 a « Il Valsalva » si concedono le intere annate (1925, 1926 e 1927) del periodico stesso, per sole L. **75** se in Italia e per sole L. **100** se all'Estero, in porto franco.

IMPORTANTE: Coloro che assumeranno l'abbonamento A TUTTE E TRE LE RIVISTE e ne invieranno subito l'importo, queste saranno loro cedute al **prezzo di favore** di sole:

L. 87 per l'Italia o **L. 125** per l'Estero

Ai già abbonati a queste Riviste rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di incollare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

... dall'Editore LUIGI POZZI — *Via Sistina, 14* - ROMA.

ANNO XXXV Roma, 6 Febbraio 1928 Fasc. 5

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Sulla diffusione della proprietà di fermento misto fra i batteri patogeni

per il Prof. COSTANTINO GORINI (*)

La mia iniziativa di rivedere e approfondire lo studio sul comportamento dei batteri nel latte in base ai meccanesimi di azione e agli accorgimenti di tecnica da me indicati, incontra crescente favore non solamente nel campo agrario ma altresì nel campo medico.

Sono infatti di questi giorni diversi lavori italiani e stranieri concernenti l'azione di determinate specie batteriche patogene sul latte. E per vero il latte rappresenta anche per questi germi un substrato squisito di sviluppo perocchè, oltre al costituire un alimento completo, contiene al pari del sangue gli albuminoidi anzi le proteine native genuine complesse di cui i germi morbigeni sono tanto esigenti; proteine che non si trovano al certo nei comuni terreni artificiali a base di peptoni e di gelatine; di più il latte racchiude a dovizia principi vitaminici o stimolatori che dir si voglia. Sonvi batteri patogeni, quali il *B. pyogenes bovis*, che per qualche tempo dopo l'isolamento dall'organismo si sviluppano difficilmente nei substrati ordinari, a meno che vi si aggiunga un po' di *latte* o di sangue. Arrogi che, quando ai germi si offra un substrato optimum come il latte, si può utilmente addizionarlo delle diverse sostanze sopra le quali si intenda studiare l'azione dei germi stessi; all'incontro, siffatte indagini non sono troppo attendibili quando le addizioni sono fatte a terreni meno propizi

(*) Lavoro eseguito nel Laboratorio di Batteriologia del R. Istituto Superiore Agrario di Milano. Comunicazione fatta al R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere il 7 luglio 1927.

quali la gelatina, l'agar, il brodopeptone e simili. Siffatti pregi culturali del latte sono così ragguardevoli da neutralizzare ampiamente gli svantaggi che provengono dalla relativa incostanza della sua composizione biochimica in dipendenza della razza degli animali, della loro alimentazione, delle loro condizioni fisiologiche di lattazione, di lavoro etc.; non è detto del resto che nella composizione dei substrati artificiali riesca facile escludere le cause di incostanza. Pur troppo anche il latte abbisogna di essere sterilizzato per gli usi culturali; l'ideale sarebbe di estrarlo dalle mammelle, come si fa del sangue dalle vene, allo stato amicrobico; ma quest'ideale non è più raggiungibile dacchè io ho rivelato la presenza normale endomammaria di cocchi (*Mammococcus*) che escono inevitabilmente col latte (1).

Si arriva tuttavia, come dissi più volte, a risparmiarne sufficientemente le intime qualità biochimiche qualora lo si sterilizzi cautamente per tindalizzazione non oltre i 100° C. così da conservargli la sua tinta bianca; ripeto però che necessita allora controllarne *rigorosamente* la sterilità con una permanenza di almeno 15 giorni nell'incubatrice (2).

*
* *

Ciò premesso mette conto che io faccia seguito ad un mio precedente lavoro (3), dove ho dimostrato che la proprietà acidopresa-migena o acidoproteolitica che io ho segnalata da tempo (1892-94) in un gruppo di batteri saprofiti del latte, dando il primo esempio di *fermenti misti* dei carboidrati e degli albuminoidi, può essere ravvisata anche presso i germi patogeni, purchè si osservino determinate norme di tecnica culturale (4).

Fra questi germi ho citato allora alcuni tipi di *Streptococcus pyogenes*. Ulteriori ricerche mi hanno condotto ad estendere tale proprietà alla generalità degli Str. piogeni non solo, ma altresì agli Str. patogeni non emolitici (*Str. viridans*) nonchè al *Pneumococco*, recando un nuovo contributo alla *vexata quaestio* dell'unicità degli streptococchi. Com'è noto, alcuni Autori identificano gli str. patogeni cogli str. lattici o fermenti lattici; altri li differenziano, adducendo, fra gli scarsi argomenti a sostegno della loro tesi, il comportamento in latte: gli str. lattici, dicono essi, coagulano il latte, gli str. patogeni non lo coagulano o lo coagulano solamente talvolta. Dal canto mio, avendo sottoposto a controllo colle dovute cautele una ricca serie di stipiti di str. patogeni e non patogeni di svariata provenienza, in parte isolati da me in parte favoritimi da colleghi italiani e stranieri, ho constatato che tutti quanti hanno coagulato, non esclusi numerosi ceppi che mi erano stati indicati come non coagulanti. Ho notato peraltro che i risultati non erano sempre costanti, massime fra certi tipi patogeni specifici, quali lo *Str. erysipelatis*, il *Pneumococcus* etc., ma non nel senso che qualche stipite si rifiutasse sempre assolutamente di coagulare, sibbene nel senso che qualche stipite coagulava ora si ed ora no, o soltanto incompletamente (perlopiù nella parte bassa della cultura) o soltanto riscaldando la cultura in acqua bollente. Notevole anche il fatto che talora il coagulo è temporaneo, cioè persiste finchè la cultura rimane nel termostato, ma poi, conservato nell'ambiente, si ridiscioglie completamente, però non già in liquido sieroso di peptonizzazione, bensì in liquido ancora latteo; fenomeno che io ho già segnalato in alcuni tipi di *B. Coli* (5).

Per ottenere una maggiore costanza ho pensato, in base alle mie precedenti osservazioni sui fermenti lattici, di ricorrere alle seminagioni abbondanti, impiegando 1/2 — 1 cmc. di brodocultura per 10 di latte; poscia, avendone conseguito favorevole risultato ed avendo verificato che ciò era dovuto non tanto alla ricca carica microbica o ad enzimi chimosinici contenuti nella semente, quanto ai materiali nutritizi del brodo (peptone, estratto di carne Liebig) ho voluto saggiare altre sostanze altamente nutritive quali l'acqua di lievito di birra oppure (giusta la proposta del mio collaboratore D. Callerio) il sangue defibrinato; ho verificato che queste sostanze sono capaci di funzionare a guisa di stimolanti (vitamine? catalizzatori?) dell'attività coagulante degli streptococchi in genere. Grande divario ho notato altresì secondo l'età della semente, secondo la sua vigoria di sviluppo, la quale di solito va diminuendo coll'allontanarsi dalla data di isolamento del germe dal corpo dell'uomo o dell'animale. Infine ho notato che bisogna anche prolungare l'osservazione il maggior tempo possibile a temperatura modica e al riparo dall'evaporazione (come si pratica colle culture prolungate in gelatina) non però al riparo completo dall'aria data l'azione favorevole dell'aria sulla proteolisi; non bisogna accontentarsi, come si fa abitualmente, di giudicare in capo a 1-3-5 giorni di incubazione al massimo; ho incontrato stipiti che impiegano per-

---

(1) GORINI C. Rend. R. Ist. Lomb. Sc. e Lett., 1901, 34° — Rend. R. Acc. Lincei, 1902, 11° e 1925, 3° — C. R. Ac. Sciences, 29 dicembre 1924.

(2) GORINI C. Rend. R. Acc. Lincei, 1917, 26°.

(3) GORINI C. Rend. R. Ist. Lomb. Sc. e Lett., 1923, 56°.

(4) GORINI C. C. R. Ac. Sciences, 30 maggio 1927.

(5) GORINI C. Ibidem sub 3 e 4.

fino qualche settimana di incubazione per coagulare (6).

Pertanto le mie indagini, mentre valgono a giustificare le discrepanze e le incertezze degli A. circa il potere coagulante degli Str. patogeni e segnatamente dei cosidetti Str. emolitici, dimostrano insostenibile una distinzione degli Str. coagulanti da quelli non coagulanti, perocchè, ripeto, coi dovuti espedienti di tecnica, e in opportune condizioni di ambiente, tutti si rivelano capaci di coagulare; esse invece permettono di differenziare due tipi di Str. in base al loro diverso meccanesimo di coagulazione; un tipo energico acidificatore che funziona da fermento semplice coagulando con un'acidità sufficiente (oltre il 3 % di ac. normale titolabile) così da dare un coagulo sodo proprio dei fermenti lattici comuni senza successiva digestione; un secondo tipo debole acidificatore che funziona da fermento misto coagulando con un'acidità insufficiente (inferiore al 3 % di acidità normale titolabile) evidentemente col concorso di un enzima chimosinico così da dare un coagulo molle fioccoso proprio dei batteri acidopresamigeni con maggiore o minore tendenza alla digestione.

Devo però notare che questa distinzione mostrasi subordinata alle condizioni optimum di sviluppo, segnatamente per rispetto alla temperatura. Infatti si danno ceppi del 1º tipo i quali, se vengono tenuti a temperature inferiori all'*optimum* oppure se vengono levati precocemente dal termostato prima che abbiano raggiunto acidità alte, possono pur essi rivelare col tempo una certa azione caseolitica, per cui si è indotti a pensare che essi alla temperatura optimum funzionino da fermento semplice perchè producono rapidamente un'*acidità di arresto*, vale a dire un grado di acidità tale che ne paralizza l'ulteriore attività. D'altra parte si danno ceppi del 2º tipo i quali, se vengono tenuti anche dopo coagulati a temperature elevate favorevoli alla saccarolisi, possono procedere nell'azione acidificante così da raggiungere anch'essi abbastanza presto un'*acidità di arresto* che li impedisce di digerire ulteriormente il coagulo. Siffatti ceppi starebbero a rappresentare quei gradi intermedi di transizione che si osservano abitualmente nelle singole attività di una data specie batterica, e che danno ragione sia dell'eterogeneità sia di quei fenomeni di variazione brusca (mutazione?) per divergenze individuali che ho dimostrato per l'appunto nei fermenti lattici misti (7).

(6) GORINI C. C. R. Ac. Sciences, 12 aprile 1926, 19 luglio 1926 — C. R. Soc. Biologie, 12 giugno 1926 — Le Lait, mars 1927.

(7) GORINI C. Rend. R. Acc. Lincei, 1921, 30º — Rend. R. Ist. Lomb. Sc. e Lett., 1921, 54º.

In merito alla temperatura optimum ricordo le mie ricerche circa l'influenza favorevole delle temperature elevate sulla saccarolisi e delle temperature basse sulla caseolisi; non posso tuttavia tacere che alcuni Streptococchi si comportano da fermenti semplici già a 20º C. e che d'altra parte la caseolisi nelle culture può essere così debole che riesca difficile distinguerla da una semplice separazione di siero, per cui talora conviene meglio accertare l'attività caseolitica ricorrendo alle piatte in agarlatte mercè la comparsa del caratteristico alone chiaro attorno alle colonie.

Ho voluto indagare se e quale correlazione esistesse fra i due tipi di Str. e la loro origine; ma ho verificato che ambo i tipi si incontrano tanto fra gli Str. isolati dal latte quanto fra gli Str. isolati dall'uomo e dagli animali. Senonchè siffatta distinzione di provenienza non parmi possa corrispondere alla origine vera degli Str. e tanto meno valga a designare la loro natura saprofitica o parassitica. A parte che il latte può essere contaminato da Str. umani per il tramite del personale di stalla o di latteria, le mie ricerche sulla microflora mammaria hanno dimostrato che col latte possono fuoruscire in via normale Str. i quali, essendo ospiti permanenti delle mammelle ancorchè non sempre in efficienza infiammatoria da meritare il nome di *Str. mastitidis*, devono considerarsi in istato parassitico o semiparassitico. D'altro lato non è agevole decidere se gli Str. della bocca, della gola, della cute, delle feci umane od animali siano di natura saprofitica o piuttosto parassitica o semiparassitica, ancorchè non legati a manifestazioni morbose. In conclusione, tanto nel latte quanto nell'uomo e negli animali vi può essere, anche in via ordinaria, una mescolanza di Str. saprofiti e di Str. parassiti o semiparassiti. Ciò spiega come nel latte gli A. abbiano trovato, accanto al classico *Str. lacticus*, altri Str. eterogenei e persino stipiti emolitici e patogeni di *Str. pyogenes* classico, e ciò non solamente nel latte comune di mercato ma persino nel latte imbottigliato (*bottled milk*) nel latte controllato (*certified milk*) vale a dire nel latte prodotto igienicamente con mungitura asettica, verosimilmente perchè conteneva Str. mammari in efficienza più o meno patogena.

Ciò spiega altresì come in varie località dell'organismo animale gli A. trovino pure Str. eterogenei, fra cui anche stipiti di Str. *lacticus* classico. Non mancano poi gli A. che per giustificare siffatti reperti anormali ammettono in ciascun tipo di streptococchi l'esistenza di ceppi atipici, aberranti, e parlano di Str. lattici emolitici, di Str. lattici che diventano patogeni oppure di Str. *pyogenes anemoliticus* e così via.

In base a tutto quanto è sopra detto, ritenendo che una gran parte degli Str. sia di origine in-

certa o, meglio, sia di natura dubbia e volendo eliminare il maggior numero di questi, mi è parso conveniente limitare le indagini alle seguenti tre categorie: 1° Str. isolati da latte acido o coagulato (Yoghurt) o da latticini (formaggi e burro); 2° Str. isolati da processi morbosi dell'uomo e degli animali; 3° Str. isolati dalle mammelle. Ho accertato che nella prima categoria, dove le circostanze sono maggiormente favorevoli per il predominio di Str. saprofiti, prevale il tipo di fermento semplice; nelle altre due categorie invece, dove le circostanze sono maggiormente favorevoli per l'isolamento di Str. parassiti o semiparassiti con minor rischio di contaminazioni saprofitiche, prevale il tipo di fermento misto.

Questo risultato permette adunque di ravvisare una certa corrispondenza fra i due tipi di Str. e la loro origine primiera o, meglio la loro natura, non tanto però nel senso delle loro patogenicità o apatogenicità, quanto nel senso della loro vita saprofitica, o parassitica e semiparassitica, ancorchè non sempre morbigena come nel caso degli Str. mammari. L'alto potere saccarolitico acidificante sarebbe caratteristico degli Str. saprofitici, come l'attività proteolitica sarebbe caratteristica degli Str. parassiti o semiparassiti. E poichè fra i due tipi esistono i sottotipi intermedi, in correlazione coll'eterogeneità funzionale delle cellule di ciascun stipite, vien fatto di prospettare che gli Str. abbiano una derivazione comune, unica, ma si differenzino nel biochimismo a seconda della vita fuori o dentro l'organismo; mentre la vita esterna esalta il potere di fermenti del lattosio, la vita interna lo attenua onde permette la caseolisi la quale nei primi è ostacolata dall'acidità di arresto. Ne viene che più uno Str. è parassita e meno è capace di coagulare il latte per acidificazione: vi riesce però mercè la sua attività caseolitica, elaborando un enzima presamico il quale poi prosegue nella sua azione digerendo il coagulo; senonchè per spiegare questo suo meccanesimo, esso abbisogna di determinate condizioni di ambiente e di stimolo, che nelle culture artificiali sono spesso insufficienti, verosimilmente in causa dell'influenza dannosa del processo di sterilizzazione sulle proteine del latte, massime per certi ceppi di Str. i quali appunto appaiono incapaci di alterare il latte quando è sterilizzato coi processi ordinari.

Tutto ciò si accorda con molteplici osservazioni mie e di vari AA., fra cui basterà citare le seguenti: 1° che il potere caseolitico di molti Str. patogeni va indebolendosi e scomparendo coll'allontanarsi della data dell'isolamento del germe dall'organismo animale; 2° che il pneumococco in piena virulenza spesso non coagula, mentre coagula nei trapianti successivi, verosimilmente per un incremento del potere saccarolitico, onde il latte sterilizzato coi processi ordinari, che prima non coagulava, in seguito coagula.

* * *

Un altro batterio patogeno che nella mia precedente pubblicazione ho collocato fra i fermenti misti è l'*enterococco*. Anche circa il potere coagulante di questo germe l'opinione degli A. è discorde; chi ne lo ritiene provvisto, chi ne lo ritiene sprovvisto e chi lo ritiene di azione variabile. Avendo esteso le mie ricerche sopra un numero ragguardevole di ceppi provenienti da vari Laboratori ho dovuto modificare il mio giudizio. Tutti gli stipiti da me esaminati si sono dimostrati capaci di coagulare; debbo però riconoscere che non tutti si comportano come fermenti misti; alcuni ceppi agiscono da fermenti semplici. Questo fatto che in fondo, dopo quanto sopra esposi a proposito degli streptococchi, viene a dar ragione altresì delle divergenze fra gli A., sta in rapporto colla circostanza che sotto il nome di *enterococco* si designano batteri di diversa natura; mentre alcuni A. chiamano enterococco un solo tipo di cocco intestinale patogeno che si differenzia dagli altri cocchi intestinali per vari caratteri fra cui la incapacità di coagulare il latte, altri A. segnatamente inglesi considerandolo sinonimo di *Streptococcus foecolis* vi comprendono tutti gli streptococchi che si incontrano nelle feci sia normali che patologiche, e non solamente dell'uomo ma benanco degli animali, senza riguardo alla connessione con processi morbosi dell'intestino o dei visceri annessi. In tal guisa l'enterococco verrebbe ad assumere un significato affine a quello del *B. Coli*, cioè di un inquilino abituale dell'intestino suscettibile di acquistare proprietà morbigene; ciò che il *B. Coli* è per il colon, l'enterococco sarebbe per il tenue (*).

Se così stanno le cose rientriamo nel campo degli streptococchi ed allora è comprensibile che gli stipiti di enterococchi saprofitici funzionino prevalentemente da fermenti semplici a mo' dello *Str. lacticus*, mentre gli stipiti parassitici funzionano prevalentamente da fermenti misti a mò

(*) A proposito del *B. Coli*, piacemi ricordare di aver dimostrato anche fra i suoi ceppi un comportamento diverso nel latte a seconda che provenivano dai foraggi e dai grani oppure dagli escrementi; inoltre dalle feci diarroiche delle vaccine ho isolato degli stipiti di *B. Coli* che sono fortemente proteolitici puranco sulla gelatina, rammentando il *B. Bookeri* varietà di *B. Coli* trovata da Ford in una infezione intestinale (8).

(8) GORINI C. Rend. R. Acc. Lincei, 1920, 20° — « Policlinico », Sez. pratica, vol. 27°, 1920.

dello *Str. pyogenes*. Che se invece si sta cogli A. che riserbano il nome di enterococco ai ceppi patogeni, allora è ben chiarita la sua differenziazione dallo *Str. lacticus* e il suo comportamento incerto o negativo rispetto al latte, quando si trascurino i più volte citati accorgimenti di tecnica.

In conclusione la discussione può essere appianata in base precisamente al comportamento in latte, quando si ammetta che anche fra gli enterococchi ci siano stipiti parassiti e stipiti saprofiti coi soliti stipiti di transizione.

*
* *

Una terza specie batterica patogena che si deve ascrivere ai fermenti misti è il sopracitato *Bacillus pyogenes* agente di piobacillosi negli animali. Esso fu isolato da varie malattie polmonari e uterine dei bovini, e descritto sotto i nomi diversi di *Streptococcus pyogenes bovis*, di *Staphylococcus pyogenes bovis*, *B. pyogenes bovis*, i quali stanno a dinotare il suo pleomorfismo. Esso infatti tanto nel pus quanto nelle culture si presenta ora come cocchi in catena o ammassati, ora come bastoncini; taluni lo classificano anche nel gruppo dei B. difteroidi o dei difterostreptococchi e lo chiamano *Corynebatterio*. Una più recente letteratura su questo germe allarga il suo campo di azione ad altri processi morbosi dei bovini (fra cui anche alle mastiti), ed in altri animali (suini, ovini, equini, conigli).

Intorno alla sua azione sul latte si hanno le solite discrepanze. Alcuni stipiti sono dichiarati non coagulanti, ed anzi tale incapacità viene assunta, ad es. come criterio di differenziazione del *B. pyogenes* isolato dal coniglio in confronto ai ceppi isolati da altri animali; ma gli A. non si curano di indicare il processo da loro adottato per la sterilizzazione del latte. In generale si ammette che esso coaguli; però si è in dubbio se coaguli per acidificazione o non anche per presame. Fra i ceppi da me osservati e provenienti da diversi Laboratori ve ne sono che coagulano rapidamente, altri molto lentamente, solo dopo 10-15 giorni a 37° C; tutti si comportano da fermenti misti, coagulando con acidità insufficiente (inferiore al 3 %). Del resto per accertarsi della produzione di chimosina da parte dei batteri è consigliabile altresì, come sopra dissi, di allestire degli strisci su agarlatte dove si formano patine che si recingono di un alone caseolitico; oppure di verificare se il filtrato sterile delle latticulture attraverso candela sia pur esso dotato di attività coagulante, giusta il metodo da me primamente adottato (1892).

*
* *

Conclusioni. — Riallacciando le presenti colle precedenti mie ricerche vengo alle seguenti enunciazioni.

1) L'indirizzo da me introdotto nello studio dell'azione dei batteri sul latte colla dimostrazione dei fermenti misti acidopresamigeniproteolitici interessa non solamente la batteriologia agraria ma anche la batteriologia generale e la batteriologia medica..

2) Alcune specie batteriche si rivelano fisiologicamente eterogenee presentando stipiti che si comportano diversamente rispetto al latte.

Questa diversità consiste non già nella capacità o incapacità di coagulazione (come vorrebbero comunemente gli Autori), ma in un *diverso meccanesimo di coagulazione*, per cui alcuni stipiti energici acidificatori coagulano il latte per semplice acidificazione funzionando da *fermenti semplici* saccarolitici che danno un coagulo sodo senza digestione, altri stipiti invece deboli acidificatori coagulano solo mercè l'elaborazione di un enzima presamico funzionando da *fermenti misti* saccaroproteolitici che danno un coagulo molle soggetto a digestione; mentre i primi manifestano con facilità le proprie attività, i secondi le manifestano con una certa difficoltà esigendo spesso opportuni accorgimenti di tecnica culturale che concernono sopratutto la qualità e la sterilizzazione del latte, la presenza di sostanze stimolanti e un'incubazione sufficientemente prolungata.

Esistono poi stipiti intermedi, i quali si comportano ora in un modo ora nell'altro secondo varie condizioni più o meno afferrabili di ambiente, e particolarmente secondo la temperatura di incubazione, funzionando da fermento semplice a temperatura alta e da fermento misto a temperatura bassa. Ciò mentre va d'accordo colle mie antiche osservazioni circa l'influenza favorevole delle temperature alte sulla saccarolisi e delle temperature basse sulla proteolisi, conduce a ritenere che alcuni stipiti non digeriscono il coagulo non perchè siano sprovvisti di proprietà caseolitiche, ma perchè raggiungono troppo presto *l'acidità di arresto*, che ne sospende ogni attività ulteriore.

Peraltro, dacchè qualunque stipite può dar luogo a colonie contenenti una mescolanza di cellule di vari tipi, si comprende come per cause spesso inavvertibili e segnatamente nei trapianti eseguiti con sementi troppo scarse suscettibili di essere costituite casualmente da un lotto di cellule di tipo aberrante, sia possibile la comparsa anche brusca di quelle modificazioni che ho de-

scritto sotto il nome di *mutazioni fisiologiche per divergenze individuali.*

3) La proprietà di fermento misto acidoproteolico è abbastanza diffusa fra i batteri patogeni, che non sono dotati di un potere acidificante così energico come i batteri saprofiti similari.

Presso certe specie batteriche (*Streptococcus, Enterococcus, B. Coli*) che comprendono stipiti saprofiti e stipiti parassiti, mentre i saprofiti si comportano prevalentemente da fermenti semplici, i parassiti si comportano prevalentemente da fermenti misti. Dirò anzi che è fra gli stipiti nettamente patogeni che si incontrano i tipi più spiccatamente caseolitici, come è fra gli stipiti nettamente saprofitici che si incontrano i tipi spiccatamente acidificanti.

Percui, considerata l'eterogeneità di queste specie batteriche rispetto al latte, si ha l'impressione che la vita saprofitica faccia prevalere le cellule o le attività saccarolitiche, mentre la vita parassitica, attenuando il potere acidificante, faccia prevalere o, quantomeno lasci funzionare le cellule o le attività proteolitiche.

E si è condotti ad arguire che lo studio approfondito del comportamento dei batteri nel latte, mercè i meccanesimi di azione e gli accorgimenti di indagine da me indicati, sia capace di fornire criteri orientativi per risalire alla natura e alla provenienza saprofitica o parassitica dei ceppi di talune specie batteriche e permetta di riconoscere loro una origine primitiva comune. Esso recherebbe così fra l'altro un contributo non trascurabile alla questione dell'unicità di certi gruppi batterici, quale quello degli streptococchi, questione importante e delicata che finora era stata considerata solamente e insufficientemente in base alla loro azione sugli idrati di carbonio e sul sangue.

BIBLIOGRAFIA.

Rimandando ad altra occasione una bibliografia estesa sugli argomenti sopratrattati, cito qui solamente una serie di recenti lavori di *batteriologia medica* dove il comportamento dei batteri nel latte è oggetto di speciale considerazione, sebbene ancora pochi si interessino delle qualità e del modo di sterilizzazione del latte:

JONES F. S. *Source and significance of streptococci in market milk*, J. Exper. Med., 1920, 31, p. 348. — *Streptococci occurring in sour milk* Ibidem, 1921, 33, p. 13.

AYERS S. H. and JOHNSON W. T. *Studies on the streptococci*. Journ. infect. diseases, 1922, 1923 e 1924.

TISSIER et COULON. *Action du streptocoque pathogène sur la caseine*. C. R. Soc. Biol.; 1920, n. 5, p. 110.

KLIMMER und HAUPT. *Ueber die Trennung thier pathogenere Streptokokken*. Central. fur Bakter., Originale, 1926, 101° Bd.

MEYER K. *Ueber die Milchäurestreptokokken*. Ibid., 1926, 99°.

BITTER L. und BUCHHOLZ. *Ueber Milchsäurestreptokokken und Pneumokokken*. Ibid., 1925, 95° Bd.

SEITZ. *Ueber die Streptokokken*. Ibid., 1922, 89° Bd.

HEIM L. *Milchsäure und andere Streptokokken*. Zeits. f. Hygiene, 1924, 101° Bd.; Cent. f. Bakter, Orig., 1926, 100° Bd.

WIRTH. *Zur Kenntniss der Streptokokken*. C. f. Bakter. Orig., 1926, 99° Bd.

FROBISHER M. *Tissue digesting enzyme of streptococci*. J. Exper. Med. december 1926.

STEVENS and WEST. *On a Betastreptococcus*. J. Exper. Med., 1922, 35°.

CALLERIO C. *Sul comportamento degli streptococchi piogeni nel latte*. Rend. R. Ist. Lomb. Sc. Lett. 1° luglio 1926 — *Ricerche batteriologiche sugli streptococchi dell'intestino*. Boll. Soc. Med. Chir. Pavia, 28 luglio 1926.

VAN DER REIS. *Die Darmbakterien des Erwachsenen*. Ergebnisse der inn. Medizin und Kinderheilkunde, 1925, 27° Bd., p. 77.

DE RISO F. *Sulla biologia dell'enterococco*. Folia Medica, 20 sett. 1920.

JOCHMANN G. *Lehrbuch d. Infektionkrankheiten*. 2a ed., Berlino, 1924.

GUNDEL. *Ueber die Enterokokken*. Ibid. 1926, 99°.

OLINESCU. *Ricerche sugli enterococchi*. Soc. méd. des Hôpitaux de Bucarest, 1925 (cit. da GUNDEL).

SCHMITZ. *Ueber die Enterokokken*. Cent. f. Bakter. Origin., 1925, 96° Bd.

ORCUTT M. L. *Ricerche sugli enterococchi dei vitelli*. Rockfeller Inst. for Med. Res., vol. LVII. (Citato in « Pathologica », 1927, vol. XIX, n. 430).

TORREY, JOHN. *On the enterococci*. J. inf. diseases, november 1926.

BROWN J. H. and ORCUTT M. L. *A study of B. pyogenes*. Journ. Exper. Med., 1920, 32°.

DECLICH M. *Sulla piobacillosi del coniglio*. Giorn. Batter. e Immun., ottobre 1926.

HAUPT H. und HÖRIG H. und KRAMER W. *Ein Beitrag zur Biologie des B. pyogenes*. Centralbl. f. Bakter. Originale, 1925, 96° Bd., e 1926, 99° Bd.

MURAKAMI, KATSURO. *Ueber milchgerinnende Arten von Pseudodysenteriebacillen*. C. f. Bakt., Originale, 1926, 101° Bd.

WIDAL. *Maladies infectieuses (Colibacillose)*, 1921, p. 235.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UN. DI ROMA
diretto dal Prof. V. ASCOLI.

Ittero con sintomi di sclerosi a placche.

Dott. R. CARUSI, assistente volontario.

Le alterazioni nervose durante il corso dell'itterizia, o come manifestazioni di lesioni epatiche non sono punto rare; però esse non presentano caratteri netti ed uniformi, tali da poter simulare una sindrome nervosa; nè la letteratura è ricca di casi di complicazioni cerebrali durante un ittero.

Bricout e Clarac riferiscono di un ittero catarrale complicato ad una sindrome meningea; Noel, Fiessinger e Sourdil riferiscono un caso analogo a quello già descritto da Guillain e Richet ne' 1910, d'un malato con ittero infettivo, epistassi, porpora, oliguria; tale affezione si complicò ad uno stato meningeo, con delirio, torpore cerebrale, e rapido dimagrimento.

Nella medesima seduta Massary riferì su di un caso analogo d'ittero da ritenzione, con emocultura negativa, e con fenomeni meningei.

Guillain e Richet pensano che questa associazione delle due manifestazioni non sia una cosa rara, perchè essi ne hanno osservato quattro casi.

Il Sourdel riferisce d'un'ammalata la quale al finire d'un ittero da ritenzione, presentò cefalea, febbre a 40°, modificazioni del polso, strabismo, nistagmo, con segni d'una sindrome meningea. Tutte le emoculture e le sierodiagnosi, come pure la puntura lombare, furono negative; l'inferma in seguito guarì completamente.

Di alterazioni nervose a tipo polineuritico in seguito ad ittero v'è una notevole quantità di casi: Il Quincke, l'Umber, Eppinger, Küttner e Laqua riportano casi di epatargia (intossicazioni epatiche e colemie) o di lesioni epatiche con polineuriti.

Bing ha descritto 25 casi di polineurite da cirrosi patica e da tumori del fegato; e Grund, Eppinger e Arntein pensano che l'alterazione della funzione epatica e le polineuriti siano entrambe legate allo stesso nesso etiologico.

Il Cornils descrive un caso di ittero da ritenzione complicato ad una polineurite, con paresi di tutte le estremità e scomparsa dei riflessi.

Tali disturbi perduravano, meno intensi, dopo due anni, benchè fosse stata eseguita la colecistectomia.

Talchè le complicazioni meningee e nervose durante il corso d'un ittero non sono punto rare; non è riferito però nella letteratura un caso simile al nostro, in cui si siano potuto osservare manifestazioni simili ad una sclerosi a placche, in seguito ad un ittero.

R. Luigi; di anni 47, calzolaio.

Anamnesi familiare: il padre è morto per malattia imprecisabile a 67 anni; la madre è vivente e sana. Ha avuto 5 gravidanze a termine, senza aborti. Dei figli, due morirono in tenera età per malattie comuni all'infanzia, un altro morì durante l'influenza del 1918; una sorella è vivente.

An. remota: il P. è nato a termine da parto normale. Ebbe allattamento materno fino a 20 mesi; in tale epoca cominciò anche a camminare.

Durante l'allattamento andò soggetto a frequenti affezioni del tubo gastro-enterico. Nega i comuni esantemi dell'infanzia.

Nella prima infanzia, e precisamente a circa 8 anni, ebbe una improvvisa elevazione febbrile, con temperatura fino a 39, 40°, la quale si accompagnò a cefalea intensa. La temperatura durò circa un mese, con scarse remittenze al mattino; la convalescenza si protrasse per altri due mesi circa; dopo tale affezione si rimise completamente, e godette sempre ottima salute.

Tre anni fa il P. cadde da un'altezza di circa 12 metri, riportando delle lesioni di non grave entità al capo e al torace. Rimessosi in breve, ne residuò un ronzio alle orecchie, che non gli arrecò grave molestia.

È modico bevitore e scarso fumatore. Nega lues, ed ogni manifestazione venerea.

A 26 anni sposò una donna apparentemente sana, da cui ebbe 4 figli: di questi uno è morto di eclampsia, uno di meningite cerebro-spinale.

An. prossima: l'attuale malattia si iniziò ai primi di ottobre. Il P. senza precedenti morbosi, un giorno cominciò a notare tremori oscillatori alle mani. Nei giorni successivi tale disturbo si accentuò, fino al punto da impedirgli di poter attendere al suo mestiere di calzolaio.

Con l'aumento della intensità, il tremore si diffuse dalle mani agli arti superiori, e successivamente al tronco, alla testa, ed in seguito anche agli arti inferiori.

Durante tale periodo, il P. non avvertì nè dolori, nè insensibilità al tatto, nè alcun altro disturbo.

Quando i tremori si furono diffusi agli arti inferiori, sopraggiunse una notevole debolezza, tanto che il P. non potè restare alzato.

I tremori a quanto riferisce il P., cessavano col riposo, e si accentuavano coi movimenti volontari degli arti.

A tale epoca della sua affezione, il P. notò l'insorgere d'una tinta gialla della cute e delle sclere, la quale si accompagnò a prurito. Non notò alcuna elevazione febbrile; l'alvo divenne diarroico, con 10-12 scariche nelle 24 ore, precedute da lievi dolori addominali, e da senso di tenesmo. Le feci erano semi-solide, di colore giallo d'uovo, con alcun zone verdastre, e talora del tutto acoliche, e di consistenza solida.

In seguito le alterazioni a carico dell'apparato digerente diminuirono sensibilmente, mentre i sintomi a carico del sistema nervoso si accentuarono: il P. avvertì incertezze e oscillazioni durante la deambulazione, con senso di vertigine, tanto da essere obbligato a reggersi per non cadere.

Notò allora anche disturbi a carico della favella, con tremore della lingua.

Quindici giorni prima dell'ingresso in Clinica ebbe vomito tre ore dopo il pasto, consistente in una sostanza liquida, di alcun sapore. Tale vomito si è ripetuto giorni fa, nelle medesime con-

dizioni; al mattino il P. avvertì anche conati di vomito con emissione di scarsa saliva.

In questo periodo le vertigini si ripetettero ad accessi 3-4 volte al giorno, e si accompagnavano ad annebbiamento della vista, senza perdita di coscienza.

Da una settimana circa il P. ha notato che il decubito laterale destro provoca un dolore all'epigastrio e all'ipocondrio D., con irradiazione alla spalla corrispondente. La tinta itterica si è sempre più accentuata.

Il P. è dimagrito notevolmente, ed in un mese è diminuito di circa Kg. 9. L'alvo si mantiene diarroico, la diuresi normale.

All'es. obb. si nota: colorito intensamente itterico della cute e delle sclere. Condizioni generali di nutrizione scadute. Decubito obbligato supino; quello laterale D. provoca dolore.

Torace nulla; *cuore* con aia di ottusità normale. Alla ascoltazione si avvertono toni impuri su tutti i focolai, senza però soffi.

Addome: Punto cistico dolente. Anche l'aia epatica è dolente alla pressione. Il fegato giunge in alto alla 5ª costa sull'emiclaveare; in basso si palpa all'ombellicale trasversa, aumentato di consistenza, a superficie irregolare. La milza è nei limiti normali.

Sistema nervoso: si notano dei movimenti incoordinati degli arti sup. e inf. anche se poggiati sul letto. Tali tremori diventano più intensi agli arti se sollevati dal piano del letto, e si accentuano ancora di più allorchè s'invita il P. ad eseguire dei movimenti volontari. Il tremore si diffonde al capo ed al tronco; ed oltre questo tremore generale, si osserva anche quello di alcune fibre e gruppi muscolari, i quali ogni tanto subiscono delle contrazioni cloniche. Anche la lingua ha rapidi movimenti laterali.

Gli arti inf. conservano i movimenti attivi e passivi; ma il P. non può mantenere la stazione eretta, e la deambulazione è vacillante, con tentennamenti, e con movimenti falciformi degli arti.

Non esiste alcun disturbo della sensibilità: i riflessi sono normali; non clono del piede, nè della rotula; non Babinski, non Oppenheim; non accenno a nistagmo; lieve disartria.

Le ricerche biologiche dettero i seguenti risultati:

Esame del fondo dell'occhio: negativo.

Reazione di Wassermann: negativa.

Esame delle urine: P. S. 1015; urea 19,18 %; albumina, zucchero, indacano, pus, acetone, urobilina, sangue: assenti; pigmenti biliari abbondanti; cloruri 11,31 %.

Esame del sangue: G. R. 3100000; G. B.: 8200; formula: polinucleati neutrofili 60; eosinofili 1; basofili: 1; linfociti: 27; monociti: 10.

Hijmanns van den Berg: positiva la diretta pronta.

Emoculture e sierodiagnosi: negative.

Esame delle feci: stercobilina assente.

Durante la degenza si nota:

26-11: persiste il tremolio diffuso; il dolore all'ipocondrio D. si è attenuato. Le feci sono in parte acoliche, in parte colorate. Urine verdastre scure.

27-11: Si nota ittero sempre più intenso delle sclere e della cute. Il fegato giunge all'ombellicale trasversa. Il P. non mostra più il tremore degli arti in riposo, il quale però persiste nei movimenti attivi, ma non in modo così accentuato come nei primi giorni.

30-11: Radiografia della cistifellea: la cistifellea non appare visibile con la somministrazione del bromuro.

Le feci presentano stercobilina. L'ittero è persistente; il tremito è diminuito; il cammino si compie meglio. Temperatura febbrile modica (37,4-38 %).

2-12: le condizioni generali sono migliorate; persiste la temperatura; il colorito itterico è diminuito, i tremori quasi scomparsi. Persiste il dolore all'epigastrio; il fegato è sempre aumentato di volume. Alvo stitico. Riflessi normali.

6-12: l'ittero è notevolmente diminuito, sia sulla cute che sulle sclere. Il fegato indolente, si palpa un dito sotto l'arco. Da due giorni è insorta una intensa cefalea.

12-12: Il P. dice di sentirsi molto migliorato. Nelle feci v'è assenza di stercobilina. Tracce di pigmenti biliari nelle urine. Il tremore degli arti è appena percettibile; la tinta itterica appena visibile alle sclere. Il volume del fegato è immutato.

21-12: persiste ancora la tinta subitterica. Si notano movimenti clonici di gruppi muscolari. È aumentato il tremore alle mani e alla lingua.

30-12: continuano sempre alternative di miglioramenti e peggioramenti; il cammino però è più sicuro. Appena qualche traccia della tinta itterica alle sclere. Il volume del fegato persiste immutato.

3-1: notevole diminuzione dei tremori, specie a carico degli arti superiori. La lingua non presenta tremori.

9-1: puntura lombare; pressione iniziale 32, finale 27 (Claude). Nonne negativa; albumina 0,40 %; nel sedimento scarsissimi leucociti. I tremori appena accennati, nei giorni successivi vanno attenuandosi progressivamente. È dimesso in condizioni migliorate notevolmente, con la deambulazione ritornata normale.

I seguenti prospetti ci mostrano la scrittura del P. durante il periodo della sua malattia.

Nell'anamnesi passata del P. si nota solo un'affezione acuta poco netta, durata circa un mese e che si è protratta per altri due mesi nella convalescenza. Tale affezione verosimilmente era una forma tifica o paratifica.

In seguito il P. è stato sempre bene, se si eccettua il trauma al capo, di non notevole importanza.

L'attuale malattia si iniziò con un tremore, che, localizzato dapprima alle mani, si diffuse in un secondo tempo agli arti sup., al capo, al tronco, agli arti inf. Sopraggiunse intensa stanchezza, tanto che il P. fu obbligato a restare a letto.

La deambulazione era vacillante, indecisa, tanto da costringerlo a sorreggersi.

I tremori, che si diffusero anche alla lingua, si aumentavano nei movimenti volontari: tremori intenzionali.

Accanto a questi disturbi si presentò una tinta itterica della cute e delle sclere, la quale andò

sempre più accentuandosi, nel mentre che le urine scure presentavano pigmenti biliari, e le feci erano acoliche.

Durante lo sviluppo dell'affezione nervosa ed epatica, non si è mai notato alcun dolore con alcuna localizzazione, non febbre, la quale è comparsa solo in un secondo tempo.

Mettendo per un momento da parte la sintomatologia epatica, a carico del sistema nervoso si notano: tremore iniziale ed intenzionale, senso

Sarebbe interrotto; Ma non posso perchè non sono ancora guarito

Roma 24-12-925

erigere a loro spese un sacello, a ricordo dell'uomo grande che a quel luogo umilissimo ma già allora fattosi ignoto a tutti e da tutti scordato, aveva fatto quel santo padre dell'umanesimo

Roma 29-12-925

Selvapiana [2 Gennaio 26]
È questo un piccolo villaggio, assai vicino ai castelli matildeini di Reggio nell'Emilia - come Rossena e Canossa e vi fece dimora Francesco Petrarca nel tempo che

di vacillamento, talora vertigini, alterazione della favella, consistente in voce tremula e talora inceppata, scrittura tremolante, tremore della lingua.

Mancava la esagerazione dei riflessi, il Babinski, il clono; non esisteva alterazione a carico del fondo dell'occhio; pur tuttavia la sintomatologia era molto caratteristica per una forma di sclerosi a placche, e si poteva pensare che i riflessi normali e l'assenza di alterazioni a carico della vista potevano essere assenti, per la precocità dell'affezione nervosa.

Accanto a questa manifestazione nervosa si pronunciò, dopo breve tempo, un ittero, ittero che aumentò gradualmente, che non insorse con dolore, che non si accompagnò dapprima a temperatura e che presentò un fegato grosso, duro, dolente, a superficie irregolare.

Dal modo d'insorgere, e dal complesso di tutti i sintomi, nonchè dai dati delle ricerche chimiche si può pensare che si sia trattato d'un ittero catarrale infettivo, escludendo una forma di calcolosi biliare, per la mancanza di tutti i sintomi, e per la negatività delle radiografie della cistifellea.

L'emocultura e le sierodiagnosi non hanno messo in evidenza il germe che ha prodotto l'infezione delle vie biliari; ma ciò ha scarso valore per la diagnosi.

Di fronte a questo caso clinico dobbiamo domandarci se le due affezioni morbose siano indipendenti o legate ad un unico fattore etiologico.

La forma nervosa è sorta prima di quella epatica, e potrebbe supporsi che o l'ittero sia stato indipendente dalla prima, oppure che le due malattie si siano sviluppate contemporaneamente ed indipendentemente.

Ma in chi ha seguito il P. nell'evoluzione della forma morbosa, resta il convincimento come l'una sia dipendente dall'altra; o che piuttosto un'unica causa sia stata il fattore di entrambe le forme.

Infatti s'è potuto osservare come il tremore, le vertigini, il senso di vacillamento, la scrittura sono gradatamente diminuiti, a misura che l'ittero si attenuava, che il fegato si riduceva, che le urine e le feci diventavano normali. E come suole accadere nelle affezioni epatiche, nei periodi in cui l'ittero s'intensificava, e la febbre si elevava, si accentuavano anche i fenomeni nervosi. Resta quindi una netta impressione come se la forma epatica abbia potuto provocare la irritazione nervosa.

Questa condizione che in pratica è rara a verificarsi, trova forse una spiegazione nella etiologia delle due forme.

Se le ricerche biologiche non hanno messo in evidenza alcun germe, ciò non esclude che l'ittero sia stato legato ad un germe. L'infezione delle vie biliari s'è potuta compiere o per via diretta o per via ematica.

Sappiamo inoltre quale importanza in genere abbiano le malattie infettive nel provocare coi loro germi focolai di mielite disseminata; una medesima origine si può invocare nel nostro caso, in cui verosimilmente i germi per la loro scarsa virulenza hanno prodotto solo dei focolai infiammatori, i quali hanno dato una reazione tale da simulare una sclerosi disseminata.

Ci sembra meno probabile ammettere che la

forma nervosa presentata dal P. sia legata ad una tossicosi da acidi biliari, e dagli altri prodotti del ricambio epatico, come Umber, Eppinger, Alexander, Strümpel e Perichanjanz pensano di spiegare le alterazioni nervose durante gli itteri.

Il caso clinico acquista la sua importanza in quanto ci deve prevenire a non emettere una diagnosi, la quale per la sua natura non presenta quella gravità prognostica che ha invece la sclerosi a placche.

BIBLIOGRAFIA.

BING. Med. Klinik. H. 6, 1911.
BRICOUT e CLARAC. Presse Méd., n. 62, 1912.
CORNILS. Mitteil. Grenzgeb. S. Med. u. Chir., Bd. 38, 1925.
ID. Zentralb. f. i. Mediz., 1924, n. 51, 52; 1925, n. 1 bis.
EPPINGER e ARNSTEIN. Zeitschr. f. Klin. Med., Bd. 74, 1912.
GRUND. Centralb. f. inn. Med., 1919, n. 44.
KÜTTNER. Deutsch. med. Wochen., n. 28, 1923.
LAQUA. Beitr. z. Klin. Chir., Bd., 129.
MASSARY. Soc. Méd. d. Hôp., n. 22, 3-1912.
NÖEL, FIESSINGER e SOURDIL. Soc. Méd. d. Hôp., n. 22, 3-1912.
QUINKE. Virkow. Arch., Bd. 95, 1884.
SOURDEL. Presse Méd., n. 46, 6-1912.
UMBER. Vedi MOHR-STAEHELIN.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Le sindromi parkinsoniane.

(HILLEMAND. *Revue de Médecine*, 1927, n. 5).

Quantunque le sindromi parkinsoniane postencefalitiche si avvicinino molto al quadro della paralisi agitante classica, pure ne differiscono sotto varî punti.

Le sindromi parkinsoniane postencefalitiche costituiscono una complicazione dell'encefalite epidemica, e colpiscono vecchi, giovani e fanciulli. Talvolta il fatto iniziale acuto, l'encefalite, manca, è leggero, frustro, o passa inavvertito; talaltra tra l'encefalite e la sindrome parkinsoniana passa un tempo più o meno lungo. In conseguenza spesso si vedono sindromi parkinsoniane che sembrano primitive, stabilitesi per proprio conto senza alcun antecedente acuto.

La sintomatologia è molto caratteristica.

La testa è inclinata in avanti, o estesa o anche inclinata da un lato. La facies è fissa, inerte, inebetita, pietrificata, indifferente; lo sguardo è fisso e dalla bocca semiaperta cola permanentemente un filo di saliva. Talvolta si ha strabismo e rigidità pupillare. In taluni casi questa maschera è sconvolta da spasmi periboccali e periorbitari, da crisi spasmodiche di pianto e di riso.

Il tronco è incurvato, i gomiti allontanati dal corpo, gli avambracci, gli arti inferiori sono i meno compromessi

La rigidità che predomina su i muscoli della mimica e della statica ha una netta localizzazione cervicobrachiale e determina i disturbi della motilità volontaria: i movimenti sono lenti, ritardati, limitati, e quelli più rapidi sono i più alterati. Tutti gli atti della vita corrente sono ostacolati: il parkinsoniano non può nutrirsi, attendere alle cure giornaliere, il cammino è lento, a piccoli passi, con il corpo tutto d'un pezzo e flesso in avanti come alla ricerca del centro di gravità. Alcuni malati a momenti presentano il fenomeno della kinesia paradossale: per qualche istante i movimenti diventano pronti e rapidi. La parola è monotona, lenta, a tono basso senza alcuna inflessione. Durante la stazione in piedi si può avere retropulsione e più raramente antero- o lateropulsione.

Sintomi molto importanti: 1) la perdita dei movimenti automatici ed associati, che è più evidente nella immobilità degli arti superiori durante il camminino; 2) il segno della troclea dentata: quando si tenta di flettere l'avambraccio sul braccio la rigidità si riduce e si avvertono movimenti a scatti; 3) il tremore di regola poco marcato, regolare e d'ampiezza moderata.

La forza muscolare e la reflessia sono indenni. Possono aversi algie e disturbi vasomotori ed in particolare ipercrinia sebacea e lagrimale.

L'intelligenza è intatta, ma possono aversi mutismo, palilalia, irrequietezza, irritabilità, insonnia, stati depressivi con tendenza al suicidio.

Quantunque l'appetito sia ben conservato spesso si ha notevole dimagramento ed astenia. Sono frequenti brevi crisi d'ipertermia.

Nella maggioranza dei casi il decorso è grave: gradatamente si accentuano la rigidità e i disturbi della masticazione, mentre il deperimento diventa sempre più considerevole. I malati sono allora costretti a letto: compaiono edemi, disturbi trofici e sfinterici e si ha la morte con ipertermia in uno stato di magrezza scheletrica. Si ha così la forma cachetizzante del parkinson postencefalitico.

Oltre a questo tipo clinico caratteristico si hanno altre forme: 1) forma akinetica con perdita dei movimenti cinetici e perdita dei movimenti volontari ma senza ipertonia, per lo meno in primo tempo; 2) forma emiparkinsoniana; 3) forma con prevalenza delle manifestazioni pseudobulbari; 4) forma con acrocontratture; 5) forma pseudopottica.

Infine la sindrome parkinsoniana può trovarsi associata ad altre conseguenze dell'encefalite: manifestazioni coreiche, mioclonie, disturbi respi

ratorî (polipnea, tosse spasmodica, ecc.), disturbi disendocrini e del ricambio generale (sindrome adiposogenitale, diabete insipido, ecc.).

Mentre queste forme parkinsoniane hanno una causa più o meno evidente o avvertita, ma sicura e definita nella encefalite epidemica, l'etiologia del morbo di Parkinson classico o senile, della paralisi agitante, rimane tuttora oscura. Essa è stata attribuita alle emozioni, alla malaria, alla dissenteria, al tifo, all'arteriosclerosi, alla sifilide, ma di tutte queste presunte cause solo le due ultime meritano di essere prese in considerazione.

L'inizio dell'affezione, che sopravviene quasi sempre oltre i 40 anni di età, è molto insidioso: compare un tremore leggero, fugace, intermittente di un'estremità. Esso si manifesta dapprima in riposo, ma a poco a poco la sua durata, la sua intensità aumentano fino a divenire un sintomo imponente. Contemporaneamente si hanno dolori nevralgici o reumatoidi, vivi o sordi, crampi, rigidità.

Lentamente ma inesorabilmente la malattia progredisce.

L'aspetto rassomiglia a quello dei parkinsoniani postencefalitici ma l'espressione è differente: si ha una mescolanza di stupore, d'inespressione e di attenzione dovuta al fatto che le rughe frontali sono accentuate. L'infermo è più vivo, più espressivo, meno cereo. Gli occhi conservano la loro mobilità ed i loro movimenti contrastano con l'immobilità della fisionomia.

La contrattura è più considerevole nei muscoli della mimica, della statica, della radice degli arti. Si riscontrano il segno della troclea dentata, la perdita dei movimenti automatici e associati, i disturbi della mobilità volontaria.

Ma un altro elemento colpisce nell'aspetto del malato, il tremore che per la sua intensità caratterizza la malattia tanto che a questa è stato dato il nome di paralisi agitante. È quasi costante durante la veglia, scompare nel sonno, nella narcosi, nel riposo assoluto. È un tremore statico, che può essere inibito con la volontà, si accentua con la stanchezza e le emozioni, e presenta delle esacerbazioni critiche senza cause apparenti. Ha sede all'estremità degli arti, agita perpetuamente le dita con un movimento caratteristico di 4 a 8 scosse al secondo: sembra che il malato prepari delle pillole o delle pallottole di mollica di pane, o prepari una sigaretta. Talvolta, quando il tremore si estende al polso, sembra che il paziente si batta il petto, come nel *mea culpa*. D'altra parte la mano conserva un'attitudine speciale, come se tenesse in mano una penna per scrivere, oppure è deformata dal reumatismo cronico. I piedi sono scossi da un movimento di pedalaggio. Di solito la testa non trema, ma tremano le palpebre e la lingua e le labbra si muovono come se il soggetto recitasse continuamente la litania.

Il malato soffre e quantunque gli riesca fastidioso lo spostarsi è animato da un'instabilità estrema, va, viene, si ferma, ricammina. Durante l'andatura il corpo è rigido come se fosse tutto d'un pezzo e poggia sul suolo con la punta dei piedi, formando un angolo acuto con l'orizzontale. Spinto in avanti il malato cammina a passo di corsa, come verso il suo centro di gravità, e non può raddrizzarsi fino a che non prende contatto con un qualunque ostacolo.

Il malato avverte una sensazione di calore generale o localizzata all'epigastrio, al dorso, alla faccia, agli arti. Frequente è l'iperidrosi e la scialorrea. Psichicamente si nota accentuazione dell'emotività, tendenze egoistiche, irritabilità, alterazioni del carattere. L'intelligenza non è gran che indebolita.

La malattia ha un decorso cronico lunghissimo, può durare fino a 30 anni e più. Con l'andar del tempo i sintomi si aggravano: la rigidità diviene intensa, le mani si deformano, il tremore si accentua e non dà più requie, la parola si fa inintelligibile, compare la cachessia, ed il malato confinato a letto soccombe al marasma o ad una broncopulmonite.

È caratteristico della contrattura parkinsoniana il fatto che quantunque generalizzata predomina in gruppi muscolari in certo modo inversi a quelli affetti nella contrattura piramidale. Colpisce con predilezione i muscoli della statica e dell'equilibrio (muscoli della colonna vertebrale, del collo, della radice degli arti) quelli della mimica (al riguardo notare la facies immobile dei parkinsoniani di fronte a quella morta dei pseudobulbari), e negli arti infine colpisce prevalentemente i muscoli che si oppongono alla gravità. La contrattura inoltre si accentua con le sincenesie di sforzo, con la ripetizione a serie dei movimenti volontari. E tutto ciò mentre i muscoli conservano inalterato il loro trofismo.

Si tratta di una contrattura in rapporto con i riflessi di posizione.

All'esame elettrico si constata che la contrazione sotto la corrente è allungata con tendenza miotonica. D'altra parte la corrente faradica tetanizzante suole produrre una tetanizzazione persistente: il muscolo si decontrae lentamente, spesso a scatti.

Ramsay Hunt, Oscar e Cecil Vogt attribuirono la sindrome parkinsoniana a lesione dei corpi striati ed in particolare del sistema pallidale. Brissaud, Tretiakoff, Foix ed altri trovarono oltre a lesioni dei corpi striati, alterazioni più costanti del mesencefalo ed in particolare del *locus niger*. Secondo Foix e Nicolesco tutte le cellule a pig-

mento nero dell'asse encefalico (locus caeruleus, nucleo dorsale del vago, gruppo reticolato), il locus niger con le sue vie efferenti (nella calotta e nel piede), il gruppo cupuliforme formato principalmente da cellule a pigmento nero attorno al nucleo rosso, e le formazioni vegetative periventricolari, costituirebbero un centro regolatore del tono, la cui lesione produrrebbe la sindrome parkinsoniana.

Altri autori vorrebbero attribuire la sindrome di Parkinson ad alterazioni metaboliche.

La cura delle sindromi parkinsoniane è tuttora palliativa. Nessuno dei metodi finora tentati (opoterapici, chirurgici, ecc.) si sono dimostrati capaci di arrestare il male o comunque di alleviarlo.

Per ridurre la rigidità e sopra tutto il tremore, che è il disturbo più molesto, si adoperano la scopolamina (per iniezioni o per os) che produce un sollievo transitorio e dà presto assuefazione, la ioscíamina e l'atropina secondo le formule seguenti:

Iosciamina cristallizzata . .	milligr.	uno
Solanina	centigr.	uno
Benzoato di sodio	»	dieci
Estratto di genziana . . .	»	cinque

per una pillola.

Si somministra una pillola ad ogni pasto, per dieci giorni al mese.

Atropina	centigr.	uno
Cloridrato di ioscina . . .	»	due
Acqua	gr.	150

3 cucchiaini al giorno.

Iuster avrebbe ottenuti buoni risultati dallo stramonio a dosi crescenti da 20 a 70 centigrammi al giorno.

In ogni caso ripetere di tanto in tanto la cura cacodilica ad alte dosi (non superare mai i 50 centigrammi al giorno)

Per la cura dell'encefalite il metodo migliore sembra quello delle iniezioni endovenose di salicilato di soda.

DR.

Il trattamento della paralisi infantile.

(ROCYN JONES. *British Medical Jour.*, 30 aprile 1927).

La poliomielite anteriore acuta è una malattia infettiva che colpisce i bambini appartenenti a tutte le categorie sociali. Tutto fa pensare che essa si diffonde per contagio da persona a persona. Quantunque nulla di preciso si sappia sul suo agente specifico, pare che si tratti di un microrganismo filtrabile che invade il corpo attraverso le membrane mucose del nasofaringe. Di qui passa nel circolo sanguigno a mezzo delle vie linfatiche e produce un'infezione generale. Ma l'aggressione è particolarmente diretta verso il sistema nervoso cerebrale ed in ispecie verso le cellule della sostanza grigia, che soffrono profonde lesioni per pressione meccanica esercitata dall'edema e dall'infiltrazione del tessuto circostante, per anemia in seguito a rottura o costrizione delle arteriole, o per intossicazione dovuta all'azione diretta del virus. La sede, l'estensione e la virulenza dell'attacco determina la prognosi. Le lesioni bulbari determinano il maggior numero di morti, nelle lesioni midollari, che sono le più comuni, la mortalità è molto bassa. Quando le cellule delle corna anteriori non sono profondamente lese e cessano di funzionare solo per compressione da parte dell'edema, dell'infiltrazione o dell'essudato emorragico si può avere la scomparsa della paralisi e la guarigione. Ma se le cellule rimangono distrutte fin dal principio o in secondo tempo per l'organizzazione dell'essudato per modo che sono sostituite da tessuto fibrocicatriziale la lesione è irreparabile e la paralisi permanente.

I sintomi iniziali, a parte la paralisi, sono simili a quelli di ogni altra infezione acuta. L'incubazione dura 4-10 giorni, durante i quali si può avere qualche sofferenza faringea. L'inizio è improvviso, con febbre alta, sudore, vomito, talvolta diarrea, ed irritabilità nervosa generale. A seconda delle sezioni colpite, la cui lesione si manifesta con la paralisi dei muscoli corrispondenti, ci sono forme cerebrali, bulbari e midollari, ed anche abortive, ossia senza paralisi. La forma midollare e la più comune ed i muscoli prevalentemente colpiti dalla paralisi sono quelli degli arti inferiori.

Nel periodo preparalitico si sono dimostrate vantaggiose le iniezioni intrarachidee di 5-20 cmc. di siero umano immune di soggetti guariti dalla malattia. Ma questo metodo presenta difficoltà pratiche specialmente in riguardo al modo di procurarsi il siero. Nello stesso stadio riesce efficace l'urotropina, che bisogna somministrare insieme ad alcalini (bicarbonato sodico e citrato potassico) per evitare l'irritazione della vescica. È indispensabile il riposo a letto. Le articolazioni devono essere poste e mantenute in posizione neutra per evitare deformità ed i muscoli antagonisti e quelli paralizzati devono essere tenuti rilasciati. Il ragazzo deve stare disteso su un letto perfettamente piano, con le coscie leggermente abdotte, le ginocchia dritte ed i piedi ad angolo retto con le gambe. Eventualmente si adoperano delle fascie per mantenere queste posizioni. Se la paralisi colpisce gli arti superiori le braccia devono essere tenute abdotte, gli avambracci flessi ed in supinazione e le mani in leggera dorsiflessione. Queste posizioni sono molto vantaggiose in primo tempo quando non si sa quali muscoli sono effettivamente paralizzati, ma in quest'ultimo caso gli

arti si disporranno in modo che i muscoli colpiti siano quanto più è possibile rilasciati. In questo stadio il massaggio e l'elettricità sono assolutamente sconsigliabili: procurano molto fastidio al paziente e possono provocare serî danni.

Quando scompare la dolenzia dei muscoli, il che avviene dopo circa sei settimane, si può intraprendere un trattamento più attivo. Insieme alla paralisi si hanno disturbi circolatori e trofici: i muscoli sono flaccidi, gli arti diventano freddi e bluastri. E quindi il trattamento deve essere indirizzato a mantenere la nutrizione dei muscoli fino al ricupero della loro funzione: si manterranno gli arti caldi, si faranno lievi massaggi ed applicazioni di corrente galvanica. Tutto ciò, bene inteso, non determina la guarigione, ma conserva ai muscoli la capacità di ricevere gli impulsi nervosi. Dopo due o tre settimane di massaggi si può porre il bambino disteso su di un divano e più tardi su di una sedia con cuscini, allo scopo di prepararlo a reggersi in piedi. Intanto si ha cura di notare la più piccola contrazione dei muscoli paralizzati per aiutarli a riprendere la loro funzione con opportuni esercizi. Ma nel praticare questi esercizi si deve porre ogni cura ad evitare la ipertensione dei muscoli: così se nel piede sono paralizzati i dorsiflessori non si lascerà cadere il piede e si aspetterà la guarigione dei muscoli per sollevarlo, mantenendo il piede sempre ad angolo retto. Tutti questi esercizi sono destinati a migliorare il trofismo ed il tono dei muscoli e lo sforzo deve essere proporzionato alla condizione dei muscoli.

Per quel che riguarda l'epoca nella quale si potrà consentire all'infermo di stare in piedi non si può dire nulla di categorico, tuttavia per le paralisi degli arti inferiori si potrà consentirlo non prima di tre mesi dall'inizio della malattia. Se la paralisi è scomparsa si potrà fare qualche passeggiata, ma bisogna evitare la stanchezza. Nel caso di persistenza di paralisi si dovranno applicare apparecchi vari a seconda dell'inabilità: così nelle paralisi dei quadricipiti, dei peronei e dei flessori dorsali del piede si adotterà un apparecchio che mantenga le dite sollevate, dorsiflesso il piede ed iperesteso il ginocchio. Le stecche devono essere tenute a posto anche durante la notte, e intanto continuare gli esercizi graduali ed i massaggi. In capo ad un anno il miglioramento può essere notevole, ma può ancora progredire per un anno ancora. Il trattamento locale deve essere integrato da quello generale, sopra tutto con l'elioterapia.

Quando malgrado tutte le cure non si ha più miglioramento per qualche mese, vuol dire che l'affezione è passata allo stadio cronico, definitivo. In ogni caso non prima di 2-3 anni si deve ricorrere all'intervento chirurgico, che deve essere praticato per correggere eventuali deformità e ridurre l'invalidità derivante dalle paralisi muscolari.

Nell'arto inferiore le deformità più comuni, per le quali è necessaria la correzione, sono la flessione della coscia e della gamba e la flessione plantare del piede. Nella flessione della coscia si pratica l'operazione di Soutter: incisione longitudinale lunga tre dita in direzione dell'asse del corpo con centro a due dita dietro la spina iliaca anteriore superiore; isolamento a sezione trasversale del tensor fascia femoris; asportazione subperiostea a mezzo di un osteotomo dei muscoli e della fascia dalla superficie della spina iliaca anteriore superiore; spostamento dei muscoli all'indietro della spina iliaca già denudata, che vien poi asportata a mezzo di un osteotomo; iperestensione della coscia e chiusura della ferita. Il paziente così operato deve essere tenuto per sei mesi in posizione tale che la coscia sia sempre in iperestensione, a mezzo di un materasso sul quale il corpo poggi dalla testa fino alle natiche.

La flessione del ginocchio può essere corretta con la estensione graduale e permanente ed eventualmente con l'allungamento dei tendini.

La deformità equina del piede dovuta a contrattura del tendine d'Achille può essere corretta mediante dorsiflessione sotto anestesia, ed in caso d'insuccesso o d'impossibilità allungamento del tendine fino a portare il piede ad angolo retto con la gamba. Il varismo del piede di solito cede agli apparecchi di contenzione, ai massaggi, agli esercizi graduali.

Dopo che si è sicuri che la paralisi non è più suscettibile di miglioramento, e dopo che si sono corrette le eventuali deformità, occorre procedere alle pratiche intese a migliorare la funzione. Al riguardo ciascun caso presenta un problema particolare.

Si procederà ad artrodesi, a trapianti tendinei, alla fissazione dei tendini, ed eventualmente a tutti questi metodi insieme.

L'artrodesi è l'operazione indicata quasi esclusivamente per il tarso. Nel piede cascante, con instabilità davanti o sotto l'articolazione tibio-astragalica, e propriamente nelle articolazioni astragalo-scafoidea e astragalo-calcanea, è indicata la triplice artodesi: l'astragalo, il calcagno, lo scafoide ed il cuboide sono convertiti in un solo osso mediante l'asportazione delle cartilagini articolari. Quando l'instabilità è nel collo del piede, o sono paralizzati il tendine d'Achille e i muscoli tibiali, è preferibile l'astragalectomia e spostamento indietro del piede fino a che il perone raggiunge l'articolazione calcaneo-cuboide.

Il successo del trapianto tendineo dipende dalla

possibilità di scelta di tendini di muscoli validi. Questi tendini si possono inserire sui tendini dei muscoli paralizzati o meglio sulle ossa.

La fissazione dei tendini ha lo scopo di convertire i tendini paralizzati in legamenti capaci di correggere le deformità. Fu introdotta da Tilamy, ma molto diffusa e perfezionata da Codivilla.

Tutti questi procedimenti richiedono particolare abilità tecnica e precisa conoscenza della funzione dei singoli muscoli, e della meccanica delle ossa, perchè si possano fare gli opportuni adattamenti, che sono variabili caso per caso.

DR.

ORGANI EMOPOIETICI.

Sul linfogranuloma maligno.

(L. GOBBI. *Arch. it. di Chir.*, vol. XVII, fasc. II).

L'A. ha avuto occasione di studiare ampiamente tre casi di linfogranuloma in soggetti di sesso femminile due, e uno maschile, uno di anni 19, l'altro di anni 54, ed una terza di anni 29 appartenenti tutti ad una medesima famiglia (la madre e due figli). In questi casi trova conferma l'opinione generalmente ammessa dagli autori che il granuloma maligno colpisce a preferenza l'età giovanile (dai 20 ai 35 anni) potendosi, pur non di meno, presentare nell'età avanzata. Nei casi studiati dall'autore, figurano colpiti 2 donne ed un uomo. Da questa osservazione apparirebbe il rapporto della morbilità più elevato nel sesso femminile che in quello maschile a differenza delle statistiche riportate da altri autori (Ziegler, Stiker, Gowers ecc.) L'autore prende a considerare quale momento patogenetico il fattore famigliare e quello ereditario. Nella letteratura solo due osservazioni consimili vengono riferite, una da Marison, l'altra da Degen; in entrambi il granuloma maligno si era manifestato in due fratelli. Nei casi dell'autore la diagnosi clinica è stata scrupolosamente confermata oltre che da tutto quel complesso di sintomi rilevati al letto del malato anche dalla valutazione dei reperti isto-anatomopatologici. L'autore riporta tutte le ricerche cliniche complementari che sono state fatte a conforto della diagnosi, con particolare riguardo alle ricerche ematologiche. Per quanto concerne la diagnosi anatomica dell'affezione passa in rassegna tutte le forme infiammatorie acute croniche che si possono avere nelle ghiandole. Ricorda come particolarmente difficile si sia presentata la diagnosi col linfosarcoma. Lo sviluppo di questo è rapido e presto dà metastasi. In genere nel linfosarcoma non si fa generalizzazione dell'affezione, e fanno difetto le alterazioni a carico della milza e del fegato. Manca il prurito cutaneo, e il più spesso la febbre. Il reperto del sangue però dimostrava una spiccata eosinofilia, la quale non si ha nel linfosarcoma.

Studio eziologico sperimentale. — Quali agenti del granuloma maligno, sono stati descritti dagli autori svariate forme di germi: Cocchi, stafilococchi, streptococchi piogeni, il bacterium coli, il bacillo della morva, il baccillo tifo simile, spirochete, il bacillo difteroide ecc.

L'autore studiando i due casi capitati alla sua osservazione, ha praticato ricerche batterioscopiche, colturali e sperimentali, per cercare di chiarire il problema eziologico del granuloma maligno. Le indagini batterioscopiche e colturali le ha eseguite sul materiale ghiandolare asportato alle biopsie operatorie e sul sangue prelevato sterilmente, le prove biologiche l'autore le ha esperite inoculando negli animali (cavie, conigli) sia il materiale ghiandolare che il sangue, che il germe isolato. Nei numerosi esami istologici delle ghiandole asportate alla biopsia, l'autore ha potuto escludere la presenza del bacillo di Koch. Con forti ingrandimenti l'autore ha potuto osservare delle esili forme granulari rotondeggianti e virgolate, colorate in bruno-scuro che, per rifrangenza assumevano una tonalità rosso brillante. Col metodo di Gram, i granuli si mostravano tinti leggermente in viola anche all'esame dei preparati di sangue, colorati col metodo di May-Grünwald-Giemsa l'autore è riuscito a mettere in evidenza rarissime forme granulari, contenute nei protoplasmi dei globuli bianchi, ed altre libere.

L'A ha fatto pure delle prove colturali condotte su terreni liquidi e terreni solidi (brodo semplice di vitello, brodo glicerinato, brodo Tarozzi, agar comune, agar sangue, agar glucosato). Dopo 24-48 ore di termostato di 37° nelle colture in brodo, insemenzate con pezzetti di ghiandole, l'autore ha osservato sviluppo di forme granulari che si colorano assai bene con i comuni colori di anilina e sono inoltre Gram-resistenti.

Le colonie sono aderenti all'agar, non si lasciano stemperare in acqua, e per l'esame microspico bisogna schiacciarle fra due vetrini. Colorato lo striscio, si osservano allora, forme filamentose, ramificate.

Riassumendo, nei due casi di granuloma maligno studiati, l'autore ha potuto isolare dal sangue e dai tessuti, un germe sotto forma di piccoli granuli, il quale coltivato in terreni liquidi, conserva la sua forma granulare, in terreni solidi, assume quella a lunghi filamenti. L'autore ha stabilito una serie di ricerche sugli animali inoculati col materiale ghiandolare delle predette ammalate ed ha potuto vedere riprodursi, nei vari organi linfatici di questi, delle iperplasie rassomiglianti da vicino alle forme umane. Anche

nelle ricerche batterioscopiche e colturali, l'autore ha potuto osservare delle forme granulari nei liquidi organici (liquido peritoneale e succo ghiandolare). Anche l'esame istologico della milza ha riprodotto un tipico tessuto di granulazione assai ricco di elementi cellulari.

L'autore ha fatto pure delle indagini sperimentali sul germe isolato in coltura pura. Stemperate delle colonie prese da una piastra d'agar ne ha iniettato la soluzione in due cavie.

Dopo la morte degli animali, all'esame istologico delle ghiandole, si distinguono aree necrotiche, circondate da un tessuto, con le caratteristiche morfologiche di un tessuto di granulazione.

L'autore ha eseguito pure delle indagini sul germe cresciuto in brodo. Le ricerche batterioscopiche, colturali, istologiche, confermano le precedenti.

Ricorda come sia caratteristica del germe il comportarsi in modo diverso nei tessuti viventi e nei terreni di coltura; mentre nei primi non si riscontra che nella sua forma granulare, negli altri invece in questa e nella forma filamentosa, a seconda che trattasi di terreni liquidi o solidi. La diversità fra le due forme, a dire dell'autore, non è sostanziale; infatti ha potuto notare che il germe a lunghi filamenti, sia in brodo, che in agar, subisce uno spezzettamento sempre più minuto, fino a trasformarsi nella forma a granuli e, quello che più importa, che il germe in entrambi i suoi aspetti, è capace di riprodurre nell'animale da esperimento un identico quadro clinico ed anatomo-patologico.

Il concetto della specificità di un agente infettivo nel granuloma maligno, sembrerebbe trovare una nuova conferma nelle indagini dell'autore.

SCANDURRA.

Il cloroma nell'età infantile.

(DEBENEDETTI, *Clinica ed Igiene Infantile*, 15 novembre, 1927).

Il cloroma è una leucemia caratterizzata da proliferazioni sottoperiostee neoplastiformi di tessuto leucemico, in corrispondenza delle ossa piatte del cranio, e che traspaiono sotto la cute con un colorito verdognolo.

Secondo l'A. si ha di preferenza nei bambini di sesso maschile.

L'etiologia è oscura. Il quadro clinico è dominato da esoftalmo uni o bilaterale per infiltrazione nella cavità orbitaria da parte del tessuto cloromatoso; da dolori agli occhi; da diminuzione del visus; ipoacusia, nevralgie dell'orecchio e paralisi facciale, quando vengono interessate la rocca petrosa e la mastoide. Si ha inoltre: cefalea, inappetenza, dispepsia, vomito, irrequietezza; elevazioni termiche irregolari, stomatite, angina, segni di diatesi emorragica, cachessia e morte. Può avere un decorso rapido di poche settimane, o durare sino a 7 mesi.

Il fegato e la milza aumentano di volume. Viene leso anche l'apparecchio renale: si ha un aumento della diuresi; scarsa albumina, mentre aumenta la perdita dell'azoto totale, dell'azoto del gruppo purinico e del gruppo urico, dell'urea e dell'acido urico, sia che questo provenga dalla nucleina, che si libera nel disfacimento del nucleo dei leucociti, sia che dipenda dall'aumento delle funzioni e quindi del ricambio dei leucociti, straordinariamente aumentati di numero, sia che derivi dalla distruzione delle nucleine di altre parti del corpo.

Si hanno edemi, emorragie cutanee e mucose, alle volte così intense da fare sospettare un Werlhoff.

Il cloroma localizzandosi nel midollo osseo determina una dolorabilità spontanea o alla pressione delle ossa colpite.

Le linfoglandole cervicali sono quelle di preferenza attaccate, e bisogna ben mettere in evidenza questo fatto, per non confonderle con il linfosarcoma, il granuloma, la leucemia. Raramente le glandole profonde attaccate sono clinicamente apprezzabili.

Esistono due forme di cloroma: linfoide e mieloide, per cui si hanno reperti diversi dall'esame del sangue.

Il reperto ematologico del cloroma può essere così rappresentato: costante oligocromoemia ed oligocitemia, in modo diverso da caso a caso. Per lo più leucocitosi, ma alle volte si nota un numero normale di leucociti e qualche rara volta anche leucopenia. Alcuni AA. dànno quasi un predominio assoluto delle cellule mononucleate, altri, invece, delle cellule granulocitiche, e trovano degli elementi immaturi di questa serie. Altri AA. hanno identificato una certa percentuale di elementi indifferenziati. Però il reperto sanguigno varia si può dire da caso a caso, e alle volte anche in casi certi di cloroma manca la reazione eritro-leucocitaria, tanto che l'A. pensa essere questi casi corrispondenti alle forme aleucemiche della leucemia, per cui, secondo Zibordi, il cloroma non può essere individualizzato dal solo esame del sangue.

Al tavolo anatomico si riscontrano: alterazioni delle ossa del capo, e della faccia; dei seni; della dura; dei reni, delle linfoglandole, del fegato, del midollo osseo, della pleura, del tessuto adenoideo.

La nota caratteristica è data da tumefazioni verdastre, di diversa intensità di colorazione, che

scompare alla luce, e che sono variamente localizzate.

Circa la natura e la genesi del cloroma oggi ancora si discute. Esso viene piuttosto considerato una varietà colorata in verde della comune leucemia, e quindi un'affezione primaria dell'apparato ematopoietico. Infatti di tutti i tipi e varietà di leucemia si trova il riscontro nel cloroma. E a convalidare tale dimostrazione serve l'affinità dei due processi con le malattie infettive acute, l'uguaglianza del contegno del ricambio materiale, specie in rapporto con l'eliminazione dell'acido urico.

Per la patogenesi bisogna limitarsi a pensare ad una causa tossi-infettiva.

La diagnosi è facile quando si presenta nelle sue tipiche manifestazioni, difficile, quando ha un decorso febbrile acuto, con anemia, segni di diatesi emorragica, reperto aleucemico e scarsa partecipazione del tessuto linfoadenoideo.

Bisogna pensare ad una diagnosi differenziale con i sarcomi dell'orbita, o della fossa anteriore del cranio, o di altra sede con metastasi craniofacciali.

Prognosi infausta. Cura inefficace.

In conclusione il cloroma è una malattia propria dell'età infantile; è un'affezione sistematica universale dell'apparato ematopoietico, appartenente al gruppo delle leucemie, di cui produce tutte le varietà:

1) Cloroma con reperto ematico microlinfocitario (rarissimi);

2) Cloroma con reperto ematico macrolinfocitario (più frequenti);

3) Cloroma con reperto ematico macrolinfocitario ed elementi midollari-mieloblasti;

4) Cloroma con reperto ematico mielocitario;

5) Forme di cloroma sub-leucemiche o aleucemiche;

6) Forme di cloroma asintomatiche, con assenza delle abituali localizzazioni e manifestazioni.

BALDARI.

SISTEMA DIGERENTE.

Introduzione allo studio delle stasi intestinali croniche.

(A. P. CAWADIAS. *Journ. des praticiens* 9 lug. 1927).

La stasi intestinale cronica costituisce un capitolo molto oscuro per il medico pratico. Ma basta applicare alla clinica le recenti ricerche dei fisiologi, perchè tale sindrome divenga chiara ed alla portata di tutti.

Bisogna anzitutto fissare la terminologia: per stasi cronica intestinale « sindrome », si intende il quadro clinico corrispondente alla stasi delle materie nell'intestino, qualunque ne sia la causa. Si dà il nome di « malattia di Lane », al quadro clinico derivante dalla stasi causata dalla presenza di certe briglie peri-intestinali e peri-coliche, le briglie di Lane. L'ostruzione intestinale cronica è una sindrome di stasi di natura organica, interrotta da crisi di ostruzione acuta.

La costipazione, che significa rarità delle evacuazioni alvine, è un sintoma di una varietà della stasi intestinale: la stasi del colon.

L'intestino non è un organo, ma una serie di organi: non esiste dunque « una stasi intestinale » ma « delle stasi intestinali ». Nell'intestino si debbono anzitutto distinguere i seguenti organi: 1) il protoduodeno, che comprende la porzione soprapapillare del duodeno: questo non è organo di assorbimento, ma un organo di secrezione, avente delle ghiandole speciali, le ghiandole di Brunner; 2) l'intestino tenue: esteso dalla papilla duodenale allo sfintere ileo-cecale; è questo un organo di assorbimento poichè possiede i villi; 3) il colon destro: esteso dallo sfintere ileo-cecale all'angolo splenico del colon: è l'organo della digestione batterica, essenziale per la digestione della cellulosa; 4) il colon sinistro: che va dal'angolo splenico all'ano: è un organo di evacuazione nel quale si distingue una porzione serbatoio (colon discendente e sigma) e un tubo, il retto a traverso il quale passano le feci nel momento dell'espulsione.

Le feci sono spinte a traverso tutti questi segmenti in virtù di certi movimenti di questi organi. C'è stasi quando questi movimenti si arrestano. Le materie intestinali restano normalmente alcuni secondi nel protoduodeno, tre ore nel tenue, sei ore nel colon destro, dodici ore nel colon sinistro. I movimenti dell'intestino sono disimpegnati dai centri nodali che comprendono le cellule nodali del plesso di Auerbach. Sono stati descritti: *a*) un centro nodale para-pilorico per i movimenti del protoduodeno; *b*) un centro nodale papillare, per i movimenti del tenue; *c*) un centro sfinterico ileo-cecale per i movimenti del colon destro e *d*) un centro a livello dell'anello di contrazione di Böhm per quelli del colon sinistro. Questi centri non sono assolutamente automatici: essi sono stimolati da sostanze chimiche (prodotti endocrini, colina) e dagli impulsi nervosi provenienti dall'intestino e parimenti dai prolungamenti delle cellule di Auerbach. I centri nodali sono sotto la dipendenza di una doppia innervazione regolatrice estrinseca: il parasimpatico è lo stimolatore, il simpatico il moderatore. I centri midollari e bulbari dell'innervazione estrinseca dell'intestino si trovano anche sotto la dipendenza di sostanze chimiche (prodotti endocrini) e di impulsi nervosi che ven-

gono loro sia da differenti organi, sia dal sistema nervoso centrale.

In due casi i movimenti intestinali possono essere turbati con conseguente stasi: 1) quando i centri nodali sono in stato di ipo-funzione, per azione di sostanze chimiche anormali, per mancanza della stimolazione chimica normale, per mancanza dell'impulso nervoso venuto dall'intestino; 2) quando i centri dell'innervazione estrinseca dell'intestino sono turbati, sia per azione chimica anormale a livello dei centri stessi, sia per azione nervosa anormale a livello di essi. Tale azione nervosa anormale può essere: un riflesso anormale partito dall'intestino stesso (stasi nelle lesioni intestinali organiche); un riflesso anormale partito da un organo leso qualunque (stasi del colon nelle malattie dello stomaco, fegato, organi genitali); un impulso nervoso anormale partito dal sistema nervoso centrale (stasi nella meningite e nella nevrastenia).

Queste nozioni fisiopatologiche danno una concezione chiara della stasi intestinale cronica, intesa come « sindrome ».

VICENTINI.

Mesenterite retrattile.

(BONORINO UDAONDO-G. SEGURA. *Arch. Argentinos Aparad. digest.*, 1927, n. 5).

Abbenchè la m. r. sia una malattia rara e difficile a diagnosticare, presenta sintomi molto caratteristici. La etiologia non è chiara: molte essendo le cause che possono portare alla retrazione del mesentere. La tubercolosi è stata incriminata come il fattore più comune, mentre nei casi degli AA. questa malattia non era in causa nè all'esame macroscopico nè all'esame microscopico. D'altra parte lesioni tubercolari del tipo peritoneale fibro adesivo rarissimamente danno luogo a stenosi intestinali. Anche la sifilide è stata incriminata pure questa a torto, secondo le osservazioni del Bonorino e Segura. E contro una peritonite cronica semplice adesiva sta il fatto che molte volte si incontra nella m. r. un peritoneo liscio, brillante, normalissimo. Potrebbe trattarsi inizialmente di una arterite o flebite delle vene e delle arterie del mesenterio di origine tubercolare o sifilitica o degenerativa, ma all'infuori del Tenani, cordoni duri, palpabili, visibili nell'interno del mesentere non sono stati da alcuno riscontrati: nè potremmo concepire come una semplice retrazione arteriosa possa provocare una ostruzione intestinale, in quanto sarebbe necessaria per le arterie una potenza di retrazione tale quale non è stata mai dimostrata. Aggiungasi che contro questa ipotesi sta la posizione anatomica nettamente contraria, nonchè la mancanza di disturbi nel territorio da essi vasi irrorato.

È più semplice ammettere che i processi infettivi con azione sopra la mucosa intestinale, od ulceri intestinali infettatesi, possono dar luogo a linfangiti o perilinfangiti con retrazione susseguente del mesentere. Il processo infettivo che porterà alla produzione delle ulceri, provoca una perienterite infiammatoria cicatriziale, processo che si estende fra i fogli del mesentere originando tessuto fibroso dello stesso carattere con stenosi dell'intestino, con estensione per contiguità ed accorciamento lento della sua lunghezza, lasciando invece la sierosa con aspetto normale. Non a elementi del tipo del bacillo di Koch o della spirocheta di Schaudinn sono dovuti questi tessuti infiammatori, ma a germi del mezzo intestinale.

La m. r. può osservarsi quale lesione congenita nel neonato, come malformazione, come dovuta a causa meccanica i portatori di ernia nei quali si hanno m. r. localizzate non estese.

Gli elementi che non mancano mai nell'affezione in discorso sono la sclerosi e la retrazione, cioè l'indurimento del mesentere e il suo accorciamento: caratteristiche sono le cicatrici stellate il cui meccanismo di formazione non si conosce. Dal Bonorino e Segura sono state riscontrate riduzioni del calibro intestinale con indurimento e retrazione anulare delle pareti, e, sporgenti all'esterno nella parete ispessita, piccoli tumori biancastri, consistenti, senza propagazione al mesentere, tumori costituiti da tessuto di granulazione. Il mesentere appare corto e grosso, sovraccarico di grasso di color giallastro, liscio brillante; nel suo spessore gangli fortemente aumentati di volume. Queste lesioni anatomiche debbono concepirsi come difesa organica tendente a trattenere e localizzare germi infettanti veicolati dalle ulceri intestinali dai leucociti. In alcuni casi le anse conglomerate si possono palpare sotto forma di tumore profondamente situato.

La sintomatologia è vaga, però sono da notarsi nelle storie cliniche dei periodi che si ripetono in tutti: si possono distinguere un primo periodo di larga durata nel quale l'infermo soffre di disturbi intestinali: dolori dopo il pranzo, seguiti da evacuazioni diarroiche, dolori che non si localizzano nella regione epigastrica, ma in corrispondenza della regione ombelicale. Non hanno i caratteri dei dolori colici, senza coliche, senza muco nelle feci ma con sangue chimicamente accertabile, dolore acuto persistente, senza calma transitoria, con ipercloridria riflessa, con bruciore epigastrico. A poco a poco con la cicatrizzazione delle ulcerazioni del tenue, si stenosa il

lume intestinale e si accentua la retrazione del mesentere cosicchè compaiono nuovi sintomi: movimenti profondi intestinali al disotto dell'epigastrio dopo il pasto, perduranti varie ore finchè l'ostacolo non è stato vinto. Per lo sforzo muscolare la musculatura intestinale si ipertrofizza con successiva dilatazione e distensione e formazione di piccole borse intestinali; di poi la sintomatologia gastrica si fa più confusa e si aggiungono sintomi in rapporto con neuropatismo del paziente. Il peso diminuisce, il colorito si fa più terreo, le evacuazioni non sono più giornaliere, e non vengono attuate che con purganti energici. Nel periodo finale si hanno vomiti alimentari, tossiemia intestinale, cachessia, tumore palpabile che spinge alla laparatomia esplorativa. In altri casi si determina in modo brusco il quadro dell'ostruzione intestinale.

Questo quadro lungo, con evidenti periodi evolutivi, fanno sospettare la malattia: i raggi ci aiuteranno a scoprire il momento in cui il pasto giunge al punto stenosato, ed il ritardo nell'arrivo al cieco.

Questi vari caratteri sono nettamente messi in evidenza in un caso che gli AA. hanno avuto occasione di osservare in un turco di 31 anni: a conforto è descritto il reperto operatorio e sono aggiunte le figure radiografiche prese dalle seriografie eseguite.

MONTELEONE.

Contributo alla questione della frequenza e della localizzazione dell'ulcera peptica dello stomaco e del duodeno.

(H. LEHMANN. *Mitt. a. d. Grenzgebiete d. Med. u. Chir.*, vol. 39, pag. 185, a. 1926).

Vennero sottoposti ad una indagine accurata dello stomaco e del duodeno una serie di 1000 cadaveri. Reperti positivi di lesioni dello stomaco o del duodeno vennero riscontrati nel 20,2 % con una frequenza maggiore nel sesso femminile. In 132 casi era leso solo lo stomaco; in 54 il duodeno, in 16 esistevano contemporaneamente lesioni dello stomaco e del duodeno. Il rapporto di frequenza tra stomaco e duodeno è come 2,4 sta a 1. Tanto nello stomaco che nel duodeno vennero riscontrate più frequentemente cicatrici che non ulcerazioni in atto, nel 25 % dei casi le lesioni erano multiple.

In rapporto alla sede delle lesioni gastriche ulcerative la massima frequenza si aveva sulla piccola curvatura e vicino al piloro. le cicatrici erano invece più frequenti lontano dal piloro sia sulla piccola curvatura che sulla parete posteriore. Per il duodeno la sede più frequente delle ulcerazioni era la parete posteriore, a una certa distanza dal piloro, le cicatrici invece risiedevano in massima parte sulla piccola curvatura immediatamente vicine al piloro.

Da questa ricerca statistica l'A. ricava insegnamenti e precisamente:

1) maggior frequenza delle lesioni gastriche rispetto alle duodenali;

2) rapporto tra frequenza di cicatrici e di ulcerazioni: le prime sono 9 volte più frequenti;

3) la metà cardiale del corpo dello stomaco è la più frequentemente colpita, le lesioni però hanno tendenza alla cicatrizzazione il che non avviene nella sede pilorica;

4) nelle donne è più colpita la parte cardiale dello stomaco, negli uomini la pilorica;

5) la massima parte delle lesioni gastriche risiede sulla piccola curvatura, in ordine di frequenza viene poi la parete posteriore, la parete anteriore, mai fu trovata colpita la grande curvatura;

6) le ulcerazioni duodenali guariscono nel maggior numero dei casi; con il massimo di frequenza risiedono vicino al piloro e precisamente sulla parete posteriore e sulla piccola curvatura;

7) tanto nello stomaco che nel duodeno la frequenza delle lesioni cresce con l'età, nei giovani però predominano le lesioni del duodeno su quelle dello stomaco.

VALDONI.

La perforazione nel peritoneo libero delle ulcere post-operatorie del digiuno.

(J. LEVEUF. *Revue de Chirurgie*, 1927, n. 2).

L'A. dopo aver riferito un caso della sua pratica, passa in rassegna 34 osservazioni, studiandone l'etiologia, l'anatomia-patologica, la patogenesi, la sintomatologia, la diagnosi e la cura.

L'ulcera peptica del digiuno si osserva nel 2 % dei gastro-enterostomizzati; di cui circa il 20 % si perforano. Si ha quasi sempre dopo gastroenterostomie, specialmente per ulcere stenosanti piloriche, e l'intervallo fra il primo intervento e la perforazione può variare da 5 giorni a 13 anni.

Più che la distinzione in: ulcere gastro-digiunali, e digiunali pr. d., ha importanza la divisione in: ulcere uniche, ed in ulcere multiple.

L'ulcera unica gastro-digiunale (8 casi) dà una perforazione generalmente larga, i bordi dell'orificio sono spessi e duri, e spesso contornati da tessuto fibroso.

L'ulcera unica digiunale (18 casi) sta sempre nell'ansa efferente, a debole distanza dalla stomia, e da un orificio di perforazione a margini netti, molli; senza aderenze e con integrità della mucosa del resto dell'ansa, la quale spesso è dilatata per un mezzo metro di lunghezza.

L'ulcere multiple, possono essere tutte del di-

giuno, e stare sia nell'ansa efferente che afferente, e presentare zone di iperemie e di ecchimosi nella mucosa delle vicinanze; oppure l'ulcera perforata del digiuno può accompagnarsi ad un'ulcera gastro-digiunale.

La patogenesi dell'ulcere multiple è chiara, esse formano un gruppo a sè, presentano tutte una perforazione precoce (da 5 giorni a 2 mesi) e per i loro caratteri si possono considerare delle vere e proprie complicazioni di un atto operatorio mal condotto.

La patogenesi dell'ulcera unica digiunale, invece, come quella dell'ulcera peptica dello stomaco, resta sempre oscura.

Nella sintomatologia si deve notare che la perforazione dell'*ulcera unica digiunale* è quasi sempre non preceduta da prodromi; mentre la perforazione dell'ulcera gastro-digiunale sembra più spesso esserlo.

I sintomi della perforazione sono quelli che si osservano nelle perforazioni dell'ulcere dello stomaco.

L'intervento dev'essere precoce, e consistere sopratutto nella sutura ed affondamento della perforazione.

V. LOZZI.

MICROBIOLOGIA.

Sulla natura del batteriofago.

(C. PRAUSNITZ. *Lancet*, 10 settembre 1927).

Come è noto, il batteriofago è l'agente della lisi trasmissibile dei batteri. Il fenomeno fu osservato prima da Twort, nelle culture di controllo del vaccino glicerinato, e studiato da D'Herèlle, specialmente nella dissenteria bacillare.

L'attività del principio litico si rinforza coi passaggi attraverso batteri viventi, che soli sono attaccati da esso. Twort però ha recentemente osservato che una miscela di germi vivi e morti può essere talora completamente lisata. L'agente ha una certa specificità per dati germi e per dati stipiti, quantunque con ripetuti passaggi può abituarsi a lisare altri germi. L'A. ha messo in evidenza anche un batteriofago contro il colera, la cui esistenza era prima dubbia.

Il batteriofago si trova spesso nell'intestino di molti animali, e molto spesso nelle acque dei laghi e dei fiumi.

Bordet ottenne un siero antibatteriofagico, che neutralizza l'antigene secondo la legge dei multipli. Molti disinfettanti distruggono il batteriofago, ma, sia pure concentrati, vi impiegano più tempo che a distruggere il rispettivo germe.

In presenza di batteriofago poco attivo si formano germi ereditariamente batteriofagoresistenti.

Che cosa è il batteriofago?

Si contendono il campo varie teorie:

1) Il batteriofago deriva dai batteri
   a) è un frammento di batterio (Bail);
   b) è un fermento autolitico (Kabeshima).

2) Il batteriofago deriva dall'ospite (Bordet);

3) L'azione litica si deve a un eccesso di ormoni batteriotrofi: normalmente stimolano la crescita, in eccesso, fanno sì che la disassimilazione prevale sull'assimilazione (Doerr e Eastwood);

4) Il batteriofago è un ultra microbo (D'Herèlle). Ma, contro l'ipotesi di Bail sta il fatto che un siero antibatteriofagico, il quale è pure antibatterico, può esser privato delle proprietà antibatteriche se si agita con emulsioni di batterio (prova di Castellani), ma conserva intatte le proprietà antibatteriofagiche.

I colloidi alcalini (allumina) e neutri (carbone di sangue) non assorbono il batteriofago, gli acidi (silice) sì; esso può esser nuovamente liberato con ammoniaca $\frac{N}{100}$: dunque è un colloide elettropositivo, come è confermato dalla cataforesi verso il catode. Ciò accade ai fermenti, ma anche ai batteri.

L'ipotesi del fermento autolitico, di Kabeshima, non è sostenibile. Egli veramente pensa che si tratti di un catalizzatore, che attiva i profermenti autolitici. Ma il batteriofago aumenta coi passaggi, dunque non viene dall'esterno ma dagli stessi germi. E se nei germi coesistessero profermento e catalizzatore, essi dovrebbero dissolversi abitualmente, ciò che non accade.

L'ipotesi di Bordet, che i fermenti dell'ospite inducano nei germi una viziazione ereditaria del metabolismo non ha solida base sperimentale, perchè non tutti sono concordi nell'ammettere la possibilità di iniziare la lisi in vitro con fermenti intestinali: inoltre questi potrebbero già contenere il batteriofago.

Il fatto che il batteriofago è neutralizzato dagli antisieri secondo la legge dei multipli si spiegherebbe meglio se il principio litico fosse un fermento: se è un ultramicrobo ciò dice solo che esso attacca i germi per mezzo di fermenti.

Intanto è provato, mercè la filtrazione attraverso adatte membrane e confermato con metodi ottici, che il batteriofago consta di particelle delle dimensioni di circa 20 milionesimi di millimetro di diametro: è sette volte più piccolo del germe della pleuropolmonite dei bovini.

Tali particelle potrebbero contenere circa 400 molecole di proteidi: ciò nulla prova pro o contro la possibile vitalità delle particelle.

Però il batteriofago presenta due specie di variabilità, che sono caratteristiche degli esseri viventi: la variabilità accidentale, e quella in un determinato senso; vale a dire che i vari componenti di uno stipite possono comportarsi diversamente di fronte a un antisiero o a un disinfettante; inoltre si può abituare il batteriofago a certi disinfettanti (fenolo, sublimato, acidi, ecc.). E non si tratta solo di selezione di una parte più resistente, perchè anche con gli stipiti ultrapuri di Bail, che dànno aree batteriofagiche grandi caratteristiche, il fenomeno si verifica. Inoltre, dopo molti passaggi, tale resistenza viene perduta. Non si tratta neanche di una variazione dei batteri anzichè del batteriofago, poichè di fronte a pochi corpuscoli batteriofagi si trovano milioni di batteri, le cui variazioni spontanee nel senso di una maggiore o minore lisabilità si compensano. Pertanto, in base alle nostre attuali cognizioni si deve ritenere il batteriofago come un ultramicrobo.

Nella pratica si è dimostrato utile contro certe epizoozie dei polli, e in certe infezioni dell'uomo. Però non tutti gli autori sono concordi su questo punto. Certo, per quel che si vede in vitro, il batteriofago è incapace di una terapia *sterilisans magna*. Forse ha importanza epidemiologica e può spiegare la scomparsa di certe epidemie, così come può render conto della distruzione accidentale di culture di laboratorio, e talora ostacolare molto l'ordinario lavoro del batteriologo: per questi motivi vale la pena di studiarlo ulteriormente.

DORIA.

Nuove ricerche sulla trasformazione della spirocheta pseudo-itterogena, nella spirocheta itterogena.

(I. UHLENHUT e E. HERMANN. *Med. Klinik*, n. 16, 1927).

La malattia di Weil viene trasmessa dai ratti; nel 10 % dei casi questi animali eliminano con l'urina spirochete del tipo di Weil che possono essere virulente per la cavia e anche per l'uomo. Durante la guerra i soldati nelle trincee venivano infettati dai ratti. Meno chiara è l'importanza dei ratti nelle cosidette « epidemie da bagno », epidemie che colpivano numerosi individui i quali si erano bagnati in una determinata acqua.

Le ricerche batteriologiche hanno dimostrato che nella melma di fiumi e laghi ed anche in acque di condutture igieniche si possono rinvenire spirochete del tipo di quella di Weil: spirochete chiamate pseudo-itterogene. Queste osservazioni sono state confermate dalle più diverse parti del mondo. Si tratta di spirochete non virulente per la cavia e che non risentono l'azione di anti-sieri preparati contro la spirochete itterogena. È possibile con speciali procedimenti culturali trasformare queste spirochete pseudo-itterogene in spirochete del tipo di Weil. Così coltivando le spirochete pseudoitterogene in culture di acqua-siero di coniglio, in siero di ratto, oppure iniettandole a giovani ratti bloccati con tusche. Questi procedimenti modificano la spirochete in modo da renderla virulenta per ratti e conigli, che muoiono presentando un quadro tipico di malattia di Weil (ittero, emorragia, presenza di spirochete negli organi). Le spirochete trasformate vengono agglutinate da sieri preparati contro la spirocheta di Weil e la loro patogenicità viene neutralizzata da tale mescolanza.

POLLITZER.

La classificazione delle dissenterie bacillari e dei bacilli dissenterici.

(A. CASTELLANI. *Giornale di Batteriol. ed Immunol.* luglio 1927).

L'A. insiste su una classificazione che egli aveva già proposto alcuni anni or sono, distinguendo le dissenterie bacillari in: dissenteria propriamente detta; paradissenteria; metadissenteria: la prima dovuta alla Shigella dysenteriae (bac. di Shiga-Kruse); la seconda alla Shigella paradysenteriae di Collins, colle sue varietà Flexneri, Hissi-Russelli (bac. Y), Strongi, Duvali, ecc.; la terza provocata da bacilli dei generi Lankoides e Dysenteroides, generi che in pratica, per la variabilità dei loro caratteri fermentativi, vanno riuniti in un unico gruppo di bacilli metadissenterici. Questo gruppo contiene molte specie non patogene, ma alcune patogene, quali il bac. Ceylonensis A, il bac. Ceylonensis B, il bac. metadysentericus, isolati per la prima volta dall'A. in casi di dissenteria, di colite cronica, e anche di affezioni febbrili, clinicamente simili a paratifoidi.

Di tutti questi bacilli dissenterici l'A. da uno studio completo delle azioni fermentative, servendosi anche del fenomeno, da lui scoperto, della fermentazione simbiontica: che consiste nel fatto che due microrganismi, incapaci per se stessi di dare gas in certi idrati di carbonio, lo producono qualora vivano in simbiosi. Così i bacilli dissenterici, vivendo col bac. di Morgan, danno gas là dove da soli non darebbero che acidificazione del mezzo, fenomeno meno sollecito e meno apprezzabile della produzione di gas.

M. SABATUCCI.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

LEVI G. *Trattato di Istologia.* Vol. in-8° di pagine XII-990, con 640 fig. Un. Tip. Ed. Tor., 1927. L. 160.

È un trattato completo in tutte le sue parti di ottima consultazione per i medici e per gli studenti perchè chiarissimo nell'esposizione, completata questa da un numero enorme di figure, in gran parte originali.

Esposte nella I parte le proprietà della sostanza organizzata e tutti i metodi d'indagine istologica, in special modo quelli propri dell'A. sulle culture dei tessuti « in vitro », le altre due parti sono destinate una alla cellula e l'altra ai tessuti.

Tutti gli argomenti aggiornati e discussi con fine critica, risentono in molta parte della grande esperienza dell'autore in materia, notissimo anche all'estero per i suoi studi, onde il volume può ben considerarsi come la più alta affermazione italiana nel campo dell'Istologia, da tenere distinta — come dice l'A. — dall'anatomia microscopica, quando essa si limiti ad illustrare i caratteri morfologici generali delle cellule e dei tessuti.

Una vasta bibliografia ordinata per argomento, un indice analitico e quello alfabetico degli autori completano il volume.

A. POZZI.

R. DUPONT, R. LEROUX et J. DALSACE. *Prélèvement e Biopsie Tecnique.* Masson éd., Paris.

Ecco un volumetto ben concepito, veramente utile e sempre d'attualità: la medicina moderna non è tutta laboratorio, ma la medicina moderna non può fare a meno del laboratorio per la diagnosi, per la prognosi, per la cura. Tutti i medici lo sanno, molti medici conoscono anche le indicazioni all'esame di laboratorio, ma quando si è sul punto di utilizzare il laboratorio, si trincerano dietro la comoda scusa della mancanza di mezzi. E invece basta che essi conoscano il modo di *prelevare* e di *inviare* il materiale al laboratorio più vicino per l'esame. Di questi metodi di prelevamento (sangue, urine, liquor, contenuto gastrico, duodenale, feci, latte, sperma, pus e sierosità, peli, squame, parassiti, acque), dei metodi di prelevamento biopsico (tumori, glandule, ulcerazioni, ecc.) si trova nel volumetto una chiara, precisa, dettagliata esposizione. Siccome questa volta il libro è dovuto all'opera di veri tecnici, i consigli pratici, che seguono alla parte tecnica, sono numerosi e valgono molto per insegnare al medico quanto esso suole ignorare.

È bene che i pratici si provvedano del libretto, per evitare incredibili richieste con inconcepibile invio di materiale di esame!

T. PONTANO.

BROMAN IVAR. *Die Entwickelung des Menschen vor der Geburt.* München, Bergmann, 1927. Mk. 24.

Questo volume di 350 pagine è uno studio di embriologia umana compiuto con particolare finezza e dettaglio. Alla parte che si riferisce allo sviluppo generale dell'embrione seguono numerosi capitoli ognuno dei quali tratta dello sviluppo di uno dei sistemi organici, o di un determinato organo. Il testo è corredato di 259 illustrazioni molto nitide e dimostrative, sì che facile riesce avere un concetto chiaro di ogni singolo fatto.

L'opera, molto interessante in sè, può essere con grande favore accolta non solo dagli studiosi di embriologia, ma da tutti, chè le particolarità studiate nello sviluppo di ogni singolo organo, possono utilmente essere considerate nello studio dei processi morbosi relativi all'organo stesso.

TRENTI.

ROBERTO RAMPOLDI. *1850-1926.* Pavia, 1927.

È un volume di poco più di 150 pagine, in cui Enrico Predieri, per incarico devoto della vedova, ha tessuto la vita del compianto docente di oculistica all'Università di Pavia. Se non dalla cattedra ufficiale, egli sparse luce di verità dal libero insegnamento, e dall'ufficio di primario seminò i benefici della sua mente e del suo cuore, tanto che i Pavesi riconoscenti lo elessero per 8 legislature deputato.

In politica meritò così che quando si ritirò dalla Camera fu scelto senatore.

Fu prodigo, in ogni ufficio, del suo sapere e della sua bontà. È morto benedetto e ancora beneficando: ha lasciato 200,000 lire per borse di studio all'Università di Pavia.

Il volume presente, oltre una breve ma completa biografia dettata con sentimento d'affetto dal Predieri stesso, contiene una precisa, ordinata, documentazione di tutta una vita intensamente vissuta nell'amore della scienza, della città e Università di Pavia, del pubblico bene. È una testimonianza di affetto questo libro, ma è anche documento di probità e di alto sentire; è quindi incitamento al ben fare.

Alla famiglia, e singolarmente alla donna ch'è stata affettuosa e degna compagna di Roberto Rampoldi, dobbiamo ammirazione e grazie per questo esempio di virtù civile.

V. ASCOLI.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche.

Seduta del 25 novembre 1927.

Presidenza: Prof. R. GALEAZZI, presidente.

Mutamenti nella scelta dell'intervento nell'appendicite.

MAIOCCHI A. — L'O. esamina la proposta fatta da molti AA. specialmente francesi i quali consigliano di praticare la appendicectomia nell'appendiciti acute in qualunque momento del decorso e cioè anche nel periodo secondario.

Riferisce a tale scopo le sue esperienze fatte all'Istituto di Semejotica Chirurgica (Padiglione Litta dell'Ospedale Maggiore). L'A. si propose di operare per un certo tempo tutti i casi di appendicite acuta in qualunque periodo del decorso.

In questi pazienti (circa 150) ottenne buoni risultati nel 1° periodo (prime 24 ore) e nell'ultimo (raffreddamenti). Nel periodo intermedio o secondario ebbe il 4 % di mortalità e anche nei guariti ebbe molte complicazioni (fistole stercoracee, ascessi, sventramenti, ecc.): i buoni risultati ottenuti nel periodo secondario appartengono ai casi di endoappendiciti circoscritte e localizzate. Perciò l'O. conclude che l'appendicite acuta deve ancora essere operata preferibilmente nelle prime 24 ore oppure a raffreddamento compiuto. Nel periodo secondario si deve rompere la aspettativa armata soltanto nelle gravissime complicazioni (ascesso, perforazione, peritonite) oppure nei casi di infezione limitata all'endoappendice (endoappendicite) o di periappendicite circoscritta.

Cure ed esiti delle fratture del gomito.

Dott. ROSSI FRANCO. — L'O. illustra diversi casi di frattura del gomito curati secondo le direttive che solitamente si seguono nella Clinica Chirurgica di Milano, in simili lesioni; riferisce della differente condotta tenuta nei varii tipi di frattura, dimostrando, con numerose radiografie, gli ottimi risultati ottenuti, risultati ch'egli ebbe campo di riportare estesamente in una monografia di recente data.

Seduta del 16 dicembre 1927.

A proposito della immagine fessurale anteriore del corpo vertebrale nella radiografia di profilo.

Dott. E. ETTORRE. — L'O. riferisce sui primi risultati delle sue ricerche radiografiche ed anatomiche per risolvere il controverso problema della imagine fessurale. Giovandosi di un abbondante materiale egli potè seguire lo sviluppo del corpo vertebrale dal 5° mese di vita fetale sino al 25° anno di età. La fessura appare negli ultimi 3 mesi di vita fetale ed è presente nel primo anno di vita obliterandosi gradualmente per formazione di trabecole ossee partenti dai bordi e dalla parete posteriore dando i diversi quadri interpretati come tipi di i. f. Talvolta l'i. f. fu trovata in cadaveri di bambini anche di 4 anni morti per forme di lunga durata indizio di arresto dell'ossificazione come è provato dall'assenza di nuclei ossei costanti in tale età.

Dallo studio dell'i. f. in soggetti affetti da cifosi dorsale giovanile e da spondilite traumatica ritiene che sia indizio di un processo regressivo locale caratterizzato dal ripristino di una formazione fetale forse in rapporto all'iperemia. Alcune striature sottili che si trovano in tubercolosi ed in altri infermi a scheletro decalcificato non sono un residuo dell'i. f. ma rispondono alla normale scarsezza di trabecole nella parte mediana del corpo.

L'i. f. corrisponde nel neonato ad un canale formato anteriormente dal pericondrio e posteriormente da una specie di corticale, è ben isolato e contiene una vena anastomotica fra le due vene longitudinali anteriori sottolegamentose, che non pare mandi rami al gruppo venoso posteriore. Dal momento della nascita la vena va incontro ad atrofia ed il canale viene invaso da midollo osseo e trabecole.

Le ulteriori ricerche dell'O. sono indirizzate a ricercare con la radiografia in cadaveri di giovanetti ed adulti tale imagine e a controllare microscopicamente se corrisponde alle stesse formazioni che si trovano nel neonato.

Fenomeni d'ipersensibilità alle tossine e proteinoterapia.

Dott. SCATTOLIN. — Le inoculazioni ripetute di piccole quantità di tossina (difterica e tetanica) (da 1/20 a 1/10 della dose minima letale) fatte quotidianamente, vengono meglio tollerate, se contemporaneamente si fanno in altro distretto dell'organismo, delle inoculazioni di piccole quantità di peptone.

Il fatto non è forse senza importanza e può avere applicazione allo studio delle infezioni miste e della teoria della proteinoterapia.

Due casi di perforazione strumentale dell'utero gravido con lesioni viscerali.

Dott. C. COLOMBINI. — Il primo riguarda la perforazione dell'utero gravido di tre mesi a livello dell'istmo, posteriormente, con lacerazione dei vasi uterini di destra, ematoma sottoperitoneale, emoperitoneo, passaggio del feto nell'addome. Isterectomia. Guarigione. Il secondo si riferisce ad una perforazione, fatta in gravidanza al secondo mese, della parete posteriore del collo uterino e del corrispondente fornice vaginale con estrazione di un'ansa del tenue staccato dal suo mesenterio. Isterectomia, resezione ed anastomosi dell'intestino. Guarigione. L'O. richiama l'attenzione sulla crescente frequenza di queste gravissime lesioni praticate da medici e specialisti imprudenti ed inesperti. Insiste sulla necessità di una energica profilassi, non nel senso di proscrivere l'uso della pin-

za da aborto, ma di diffondere invece nell'insegnamento teorico e pratico le norme fondamentali di una corretta tecnica operatoria.

Sulla circolazione dei nodi nel cuore umano e suoi rapporti con la fisiologia del ritmo cardiaco.

Dott. R. SEGRE. — L'O. ha condotto delle ricerche macroscopiche su tre cuori di adulto iniettati colla miscela di Teikmann e delle ricerche istologiche su un cuore di adulto e in 3 cuori di feto, iniettati con inchiostro di china e sezionati in serie.

Non ha osservato nessuna disposizione speciale che possa far credere che nell'interno dei nodi, la circolazione del sangue si compia con modalità differenti da quelle che si riscontrano nel comune miocardio.

Questi suoi reperti lo portano a discutere la teoria dei cardionetteri enunciata da Jerandel che annette un'importanza enorme alla circolazione nell'interno del sistema di conduzione. La teoria presta pure il fianco alla critica per altri motivi, primo tra i quali quello di escludere qualsiasi comunicazione tra il nodo del seno e quello di Tawara, mentre i due nodi sono uniti da fibre muscolari, da tutti ammesse e particolarmente descritte dall'O.

La disposizione dei vasi nel nodo del seno, riproducendo sicuramente la forma del nodo stesso, come la descrissero Bruni e Segre, viene a portare una nuova conferma all'asserzione di una parte sinistra di essa.

Il Segretario: Dott. ENRICO ETTORRE.

NOMENCLATURA MEDICA.

La febbre ondulante conosciuta anche come febbre Mediterranea o di Malta.

(Comunicato della Camera Medica Maltese e del Ramo di Malta della Associazione Medica Britannica relativo alla soppressione delle denominazioni traenti origine da terminologia regionale, ed all'adozione generale della denominazione *Febbre ondulante*).

1. L'adozione di una denominazione adatta e generalmente accettabile per questa malattia ha sovente formato oggetto di lunga discussione. A tale malattia venne assegnata un'infinità di nomi, dei quali tredici tratti dalla sua presunta affinità alle febbri malariche ed alle tifoidee, e ben quattordici in relazione ai suoi diversi sintomi ed al decorso della temperatura, mentre le cause che si ritenevano favorirne lo sviluppo divenivano la fonte di altre quattordici denominazioni ancora. Dalle località ove essa fu identificata e più studiata assunse i nomi di febbre mediterranea, febbre di Malta, febbre italiana, febbre di Napoli, febbre di Gibilterra, di Cipro, della Crimea ed altri simili.

2. Il nome di *febbre ondulante* fu inizialmente proposto dal Hughes, medico militare, nell'anno 1897, e la sua adozione è stata raccomandata dal Congresso Internazionale di Medicina tenutosi a Londra nel 1913. Questa terminologia è quella maggiormente in uso tra gli scienziati inglesi (*) ma quella di Febbre Mediterranea o di Malta si riscontra ancora con grande frequenza nelle pubblicazioni mediche e scopo della presente è precisamente quello di dimostrare le ragioni che militano contro l'uso dei nomi geografici e di fare un caldo appello agli autori delle scienze mediche onde a detti nomi venga universalmente sostituito quello più proprio e meno controverso di *febbre ondulante*.

3. Premessa la deficienza di norme fisse di nosologia, quest'ultimo appellativo è quello che presenta meno obbiezioni nelle attuali circostanze. Esso è indice, come ebbe a rilevare lo stesso Hughes, di una delle più costanti e particolari caratteristiche della malattia, e precisamente le sue ondulazioni termiche. Lo stato febbrile infatti costituisce la primaria, ed in non pochi casi la esclusiva sindrome del morbo, e sebbene si potrebbe obbiettare che la variazione termica possa eccezionalmente non essere del tipo ondulante, tale fenomeno però è sufficientemente frequente per giustificare l'adozione del termine «ondulante» come designazione atta a rilevare il principale tratto fisionomico della malattia. Il termine «febbre tifoide», generalmente adoperato per indicare la malattia in cui lo stato tifoideo è un sintomo frequente e marcato ma non sempre costante, e quello di «febbre ricorrente», derivato soltanto dal tipo speciale della temperatura, offrono analoghi esempi.

4. La denominazione *febbre ondulante* è stata fino ad oggi unicamente ed esclusivamente adoperata con riferimento alla malattia della quale qui si tratta, ed è scevra d'interpretazione ambigua, nè si trova esposta all'equivoco, cui vanno certamente soggetti i termini «remittente» ed «intermittente». Come ebbe precisamente ad affermare lo stesso Hughes, «il termine *ondulante* è una voce famigliare, facilmente pronunziabile, e può con esattezza essere tradotto in tutte le lingue dalla forma latina *febris undulans*». Questa terminologia è stata adottata da numerosi ed autorevoli scienziati, il suo uso va continuamente diffondendosi e si può affermare che essa abbia superato la prova del tempo. Dato che, all'infuori di quelle denominazioni geografiche contro le quali tanto si obbietta, nessun altro nome è stato con maggior frequenza adoperato per indicare questa malattia, non appare che vi sia necessità per il momento di coniare ancora un nuovo appellativo.

(*) Si prende atto con soddisfazione che anche in Italia s'incomincia a servirsi di questa nomenclatura. La recente pubblicazione del volume di Lustig e Vernoni porta infatti il titolo «*La febbre ondulante*».

5. L'attribuzione di nomi geografici a malattie specifiche è anche inopportuna dal punto di vista scientifico. Tale usanza rimonta ai tempi quando regnavano ancora le teorie miasmatiche e ciascuna specie di febbre era considerata effetto di emanazioni infettive proprie di ciascuna regione ove essa infieriva. Simili nomenclature sono assolutamente estranee al quadro sindromico del morbo, nè possiedono alcuna affinità colle sue manifestazioni primarie o secondarie, e non presentano alcun rapporto significativo colla natura stessa della malattia. Come bene aveva asserito il fu Sir William Aitken nel raccomandare l'istituzione d'una nomenclatura universale delle malattie, « denominazioni di tale specie dovrebbero essere confinate all'oblio, esse ci serviranno solo come episodii storici e come ammonimento contro più gravi pericoli per la scienza ». Ed infatti è soltanto per la malattia di cui si parla in questo comunicato, e per pochissime altre che ancora si ritengono in uso tali nomi geografici.

6. La storia degli ultimi centocinquant'anni relativa alle malattie febbrili ci dimostra quanto l'uso di terminologia basata su particolarità geografiche abbia contribuito a ritardare la differenziazione nosologica ed eziologica di queste malattie. E ciò in modo speciale in relazione al gruppo delle febbri « mediterranee », sotto quali o simili nomi vennero spesse volte incluse confusamente il tifo e la tifoide, la febbre gialla, un'altra febbre itterica di natura non ben definita, la febbre da flebotomo, la ricorrente, e probabilmente casi di malaria e di altre manifestazioni febbrili non ancora distinte.

7. La denominazione « febbre di Malta » venne adoperata per indicare esclusivamente la febbre a tipo prolungato ondulante in epoca relativamente recente. Altre volte per « febbre di Malta » o « febbre maltese » si intendeva la « febbre semplice ardente » oggi conosciuta come la febbre da flebotomo. Marston che fu il primo a dare nel « Army Medical Report on Malta » del 1863 una descrizione particolareggiata della *febbre ondulante*, chiamò questa malattia « febbre mediterranea o gastrica remittente », e la distinse chiaramente dalla « febbre semplice ardente » che egli continuò a denominare « febbre maltese ». Boileau nel 1866, come « febbre di Malta » descrisse « una febbre di brusco inizio terminante con lisi in sette giorni ». Più tardi si cominciò ad attribuire lo stesso nome anche a febbri più protratte. (Maclean, Wood, Notter, 1876).

Risulta chiaro quindi che l'appellativo di « febbre di Malta » non può essere adoperato per la febbre continua a tipo ondulante sotto il pretesto di priorità d'usanza o di inveterata consuetudine.

8. Che la *febbre ondulante* non sia esclusiva di Malta e delle regioni mediterranee è un fatto bastantemente noto. Essa è stata riscontrata non solo in altre regioni d'Europa, ma anche in Cina, nelle Americhe, nel Sud Africa, nell'India ed altrove. Nè, sia pur detto, è essa una infezione propria delle capre maltesi.

9. Le osservazioni fatte ultimamente tendono a dimostrare la proprietà del *B. abortus* del Bang di cagionare una febbre continua simile a quella prodotta dal *M. melitensis* del Bruce, apportando in tal modo un altro argomento per l'abbandono del termine « Febbre di Malta ». Qualunque nesso che potesse esistere tra le denominazioni « Febbre di Malta » e « *M. melitensis* » non reggerebbe affatto nei casi in cui il morbo è cagionato dal *B. abortus*. Sarebbe pertanto di utilità pratica, come nel caso delle febbri paratifoidee, servirsi del termine *febbre ondulante* per indicare il quadro clinico della malattia, seguito in ciascun caso da una riferenza all'agente patogeno particolare, come a modo d'esempio: Febbre Ondulante (Bruce), Febbre Ondulante (Bang).

10. L'isola di Malta va subendo grave pregiudizio nei suoi interessi e morali e materiali per l'accomunamento del suo nome con quello di una malattia che non è ad essa affatto specifica nè originaria, pregiudizio che è assai risentito dal popolo Maltese, il quale ritiene che il suo prestigio vien menomato precisamente pel fatto che Malta è stata la culla delle importanti ricerche che hanno fatto luce sull'eziologia e sulla natura della malattia. Il Governo dell'Isola ha infatti più volte energicamente protestato contro l'uso del termine in parola.

11. I membri della Camera Medica di Malta e del Ramo locale dell'Associazione Medica Britannica presentano questo comunicato ai loro egregi colleghi delle professioni mediche, con viva fiducia che le osservazioni qui esposte saranno prese in benevola considerazione e che non si rifiuterà il suggerimento fatto per l'abbandono definitivo delle denominazioni geografiche e per l'adozione universale del termine *febbre ondulante*.

Nota. — Non si è presa considerazione in questo *memorandum* della denominazione del microrganismo specifico della Febbre ondulante in vista del fatto che la quistione della nomenclatura batterica deve formare oggetto di discussione nel Congresso Internazionale di Botanica che si terrà prossimamente.

Per il Ramo di Malta della Associazione Medica Britannica:

Il Presidente: A. V. BERNARD, M.D., D.P.H.
Il Segretario: P. P. DEBONO, M.D., F.R.C.S., D.P.H.

Per la Camera Medica di Malta:

Il Presidente: G. DEBONO, M. D.
Il Segretario: G. HYZLER, M.D., B SC.

Valletta, Malta, novembre 1927.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il meccanismo della sensibilità viscerale.

Lemaire (*Jour. de Méd. de Bordeaux*. n. 8, 25 aprile 1927) si domanda come mai i visceri insensibili allo stato normale, possano divenire dolenti durante la malattia. Esistono su questo argomento tre dottrine:

1) *Dottrina di Lennander*: perchè una lesione viscerale risvegli la coscienza è necessario che essa sensibilizzi l'apparecchio di relazione per l'intermediario della pleura o del peritoneo parietale. A favore di questa dottrina si cita fra l'altro che una polmonite centrale non dà dolore che quando essa sensibilizza la pleura. Ma esistono anche molti argomenti contrari, per es. le pericarditi possono essere anche assai dolorose nonostante il pericardio non presenti sensibilità di relazione, ecc.

2) *Teoria di Mackenzie*: l'eccitazione condotta lungo l'afferente simpatico viscerale si riflette sul neurone centrale di relazione, che la conduce alla coscienza; questa qui riferisce il dolore alla periferia; è il riflesso viscero-sensitivo di Mackenzie. A favore di ciò si cita il fatto che i dolori viscerali non sono risentiti nei visceri, ma vengono proiettati sopra un'area cutanea che è propria per ogni viscere, e che non corrisponde alla proiezione di questo alla superficie del corpo. I dolori sono risentiti nei corrispondenti metamerici dei visceri, o zone dermatomeriche di Head.

3) *Dottrine ecclettiche* (Head, Polteuger, Guillaume, Laubry, Lemaire ecc.); a lato delle sensibilità viscerali riportate alla periferia, esiste una sensibilità viscerale propria che viene riferita dalla corteccia al viscere.

A favore della dottrina di Mackenzie stanno i seguenti fatti. L'anestesia tronculare (Danielopulo) in un caso di angina pectoris da sforzo facilmente riproducentesi fa sparire il dolore, mentre persiste la sensazione di palpitazione e di angoscia. Le anestesie sottocutanee con la novocaina a 1 1/2 per 100 fatte nell'area dolorosa di varie visceraglie, fanno sparire il dolore sia spontaneo che provocato, mentre che persiste una sensazione profonda mal definibile. Sparisce anche la rigidità muscolare per riflesso viscero-motore, che accompagna queste diverse reazioni dolorose. Non tutte le visceralgie obbediscono a questo metodo, p. es. i dolori aortici.

Dolori sierosi: si hanno notevoli successi nella pleurite, pericardite, e peritoniti circoscritte; sparisce il dolore e la rigidità. Non cedono invece i dolori profondi del sistema di relazione (il metodo fallì in caso di artralgie e di ascessi paranefritici). Nei casi di dolori pleuritici si avrebbero talora degli scacchi quando la lesione ha oltrepassato la sierosa per colpire l'apparecchio di relazione al di fuori di essa. La topografia dell'area dolorosa della pleura si comporta come quella dei visceri. Una pleurite secca può dare sfregamenti su tutto l'ambito, mentre il dolore si limita a un punto (D. IV, V, VI, VII,) e per lo più tra le linee mamillari ed ascellari posteriori. Nello stato attuale delle nostre conoscenze non si può dimostrare il meccanismo di azione dell'anestesia sottocutanea.

L. TONELLI

La sensibilità delle pleure, pericardio e peritoneo diaframmatico, con speciale riguardo al nervo frenico.

Tale sensibilità è stata ricercata (E. Simenauer. *Zeitschr. f. Tuberkulose*, B. 48, H. 4, 1927) per mezzo della toracoscopia e della laparoscopia direttamente sull'uomo, al contrario di quanto fino ad ora avevano fatto altri autori, i quali si servirono nelle loro esperienze solamente di animali.

Le conclusioni sono state le seguenti:

Pleura costale: i lievi toccamenti non sono nella maggior parte dei casi avvertiti; pressioni più intense e punture sono avvertite come tali, e per lo più lungo il decorso dei nervi intercostali, all'altezza del punto stimolato. La sensazione termica non si verificò mai; solo una volta il caldo fu percepito come dolore.

La pleura viscerale si dimostrò del tutto insensibile, tranne che in un caso in cui una forte pressione fu avvertita come sensazione dolorosa, non ben determinata, nè localizzabile.

Pleura diaframmatica: tutte le prove, meno che quella per la temperatura, suscitarono dolore alla spalla, allorquando l'eccitazione avvenne nella porzione centrale; nella ricerca sulle porzioni periferiche, invece, la sensazione e il dolore insorsero all'altezza scelta.

Lo stesso dicasi per il peritoneo diaframmatico

La sensibilità termica non fu ricercata.

Il pericardio fu potuto raggiungere 3 volte solamente, e la ricerca fu diversa a seconda del punto.

Una pressione sulla punta cardiaca fu avvertita nella regione interna del braccio sinistro; toccamenti e pressioni sul pericardio del ventricolo destro non furono accusati, mentre una pressione più forte fu localizzata con sensazione spiacevole

alla 4ª costola. L'eccitazione restò poi senza esito sopra un pericardio flogosato.

Per quel che riguarda l'interpretazione dell'insorgenza del dolore e della sua conduzione, le ricerche anatomiche sino ad oggi conosciute si accordano coi resultati dell'A. Viene così riaffermata la concezione che il dolore alla spalla è dovuto all'irradiarsi degli stimoli, pel tramite delle vie afferenti del frenico, ai nervi sopraclavicolari.

Viene inoltre ribadita la tesi che il tronco del simpatico conduce la sensibilità nel frenico, per cui il nervo diaframmatico è da considerarsi nervo misto, come gli altri spinali.

Non è invece ancora ben chiaro il comportamento del pericardio. M. FABERI

SEMEIOTICA.

Sul doppio soffio arterioso dell'insufficienza aortica.

Comprimendo l'arteria femorale un centimetro o due al di sotto della piega dell'inguine con uno o due dita ed ascoltando al di sopra con lo stetoscopio biauricolare senza alcuna pressione, si ascolta nei normali un soffio sistolico. Nei casi di insufficienza aortica, si ascoltano due soffi: uno sistolico, l'altro diastolico. La ricerca del doppio soffio con questo procedimento è molto facile perchè la pressione, essendo fatta con il dito, può essere ben regolata. Utilizzando lo stetoscopio biauricolare, il doppio soffio, se esiste, diviene rude e lungo. Ne è così facilitata la dimostrazione.

Labros Kotsilabros (*Presse Médicale*, ottobre 1927), ha trovato con questo procedimento il doppio soffio in quasi tutti i casi di insufficienza aortica in cui lo si trovava con il procedimento ordinario e lo ha nettamente constatato in quattro casi in cui era quasi impossibile trovarlo con il vecchio procedimento. D'altra parte mai il doppio soffio si ritrova in individui non affetti da insufficienza aortica.

Il procedimento proposto dall'A. dimostra sperimentalmente che il doppio soffio è provocato dal reflusso del sangue, poichè mai lo si ascolta a valle del punto ristretto.

L'A. ha poi trovato che è possibile, con l'applicazione sull'avambraccio di un bracciale, ascoltare il doppio soffio nell'arteria omerale in un gran numero di casi di insufficienza aortica, mentre con i metodi attuali non lo si trova che raramente. Dopo gonfiato il bracciale sull'avambraccio, l'A. ascolta l'arteria a monte con lo stetoscopio biauricolare, senza alcuna pressione. Poi comprime l'arteria con un dito in un punto situato fra il bracciale e lo stetoscopio e, come per l'arteria femorale, fa variare il grado di questa compressione digitale. L'A. ha così ottenuto il doppio soffio in un gran numero di casi di insufficienza aortica e, particolarmente, in qualche caso in cui non si poteva trovarlo nella femorale. Il doppio soffio all'omerale non si riscontra mai in individui normali. L'A. lo ha trovato in qualche vecchio iperteso con ateroma, ma in questi casi occorre esercitare sull'avambraccio una pressione molto forte. Nei casi di insufficienza aortica invece il doppio soffio si produce con una pressione sull'avambraccio appena superiore alla minima. Praticamente, per calcolare questa pressione, l'A. suggerisce la formula seguente: $\frac{Mx}{2} + 1 = Mn$, cioè bisogna prendere la pressione massima e calcolare, secondo la formula, la pressione minima quale dovrebbe essere se l'individuo non fosse affetto da insufficienza aortica.

L'esperienza dimostra che questa tensione minima della formula è sufficiente a provocare il doppio soffio nei casi di insufficienza aortica e non dà mai luogo ad errori. TOSCANO.

La diagnosi delle angine sifilitiche.

Le forme sifilitiche delle fauci si distinguono in due gruppi: angine sifilitiche propriamente dette e sifilide tonsillo-faringea.

Le angine sifilitiche propriamente dette si riscontrano solo in due periodi della sifilide: secondario e terziario.

Nel periodo secondario l'angina rossa sifilitica è molto frequente. I pazienti avvertono disfagia ed all'esame si rileva un esantema diffuso della mucosa faringea e ipertrofia delle tonsille. La diagnosi di natura è particolarmente facile quando contemporaneamente esiste l'efflorescenza cutanea della sifilide secondaria, ma l'angina può essere anche isolata ed allora la diagnosi si baserà sulla mancanza di febbre, sul decorso lento, la cefalea, l'esame generale delle mucose, delle glandule linfatiche, sulla pregressa lesione genitale.

L'angina rossa del periodo terziario passa per lo più inavvertita a causa della mancanza di dolore e di fenomeni generali. Una delle caratteristiche di quest'angina è la lunga durata. Talvolta i malati accusano una disfagia poco intensa ma permanente, una sensazione di corpo estraneo alla base della lingua. All'esame si constata un rossore diffuso di tutta la dietrobocca con leggero edema del velopendolo. In tali casi si fa per lo più la diagnosi di faringite cronica e si consigliano i vari gargarismi, che lasciano il tempo che trovano.

Hour e Delcour (*Journal des praticiens*, 1927, n. 41) hanno avuto occasione di visitare un ma-

lato che da tre settimane avvertiva una disfagia d'intensità media, ma sopratutto una sensazione di corpo estraneo alla base della lingua. All'esame si constatò rossore d'aspetto vinoso della faringe e del palato molle, l'ugola molto edematosa toccava la base della lingua. La presenza di anisocoria e del segno di Argyll-Robertson mise sulla via della diagnosi esatta. In effetti i fenomeni obiettivi e subiettivi scomparvero dopo una cura di dieci iniezioni di cianuro di mercurio.

Negli individui anziani si possono verificare angine gottose che hanno il medesimo aspetto di quelle sifilitiche e che scompaiono rapidamente con la somministrazione di colchico.

Molto più difficile è la diagnosi del secondo gruppo di lesioni sifilitiche delle fauci, la così detta sifilide tonsillo-faringea, in quanto può essere facilmente scambiata con l'angina difterica, con l'angina di Vincent, con il cancro della tonsilla.

L'ulcera sifilitica è caratterizzata da due sintomi: indurimento e adenopatie corrispondenti. Questi sintomi però sono comuni all'angina di Vincent ed al cancro, donde la difficoltà diagnostica. Tuttavia nel cancro della tonsilla l'indurimento è più diffuso e più profondo, esteso perifericamente ed in ispecie ai pilastri ed al velo, d'altra parte l'ingrossamento cresce rapidamente come in tutti i cancri. In tali casi la biopsia ha notevole importanza.

La sifilide ulcerosa secondaria è costituita dalle così dette placche mucose ed è molto più frequente dell'ulcera della tonsilla, in quanto le placche possono verificarsi qualunque sia la localizzazione iniziale dell'infezione. Quando queste lesioni non sono accompagnate da altre manifestazioni secondarie o quando la lesione iniziale è passata inavvertita, il che è abituale nella donna, la diagnosi può essere difficile. Queste ulcerazioni che possono aver sede sulle tonsille e sui pilastri, si ricoprono spesso di false membrane simulando l'angina di Vincent e la difterite nelle sue forme anomali, nelle quali la falsa membrana è poco estesa e lo stato generale è poco compromesso.

DR.

CASISTICA.

L'ulcera perforata del grosso intestino.

Boss (*Brun's Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, 1927, n. 1) pubblica un caso interessante di ulcera semplice dell'intestino grosso.

Un soggetto di 38 anni fu improvvisamente colto da un dolore violentissimo in vicinanza dell'ombelico con vomito, e diarrea sanguigna l'indomani. Si riscontrò febbre a 38°,9, polso 110, contrattura addominale intensa. Alla laparotomia si trovò alla fine del sigma, sulla fascia anteriore, un'ulcera perforata della grandezza di un fagiolo dal cui foro fuoriuscivano materie fecali, ed i cui contorni erano rossi ma non infiltrati. Si praticò sutura della perforazione in tre piani, larga colostomia del colon discendente, drenaggio del piccolo bacino. Tutti gli esami serologici, batteriologici, ecc., risultarono negativi. L'infermo guarì in capo a 4 mesi.

Dall'interrogatorio del malato si seppe che sei mesi prima era caduto sul ventre, in seguito al quale soffrì un violentissimo dolore al basso addome per cui era stato costretto a stare a letto 15 giorni. È probabile che questo trauma determinò un ematoma e l'ulcera consecutiva.

Da un lavoro di Nordmann risulta che finora sono stati pubblicati 40 casi di ulcera semplice dell'intestino grosso, dei quali il 75 % in individui di sesso maschile. La sede più frequente è il cieco ed il colon pelvico, una sola volta il trasverso. La diagnosi è difficilissima prima della perforazione, e dopo la si confonde con la perforazione gastrica, duodenale o appendicolare. La prognosi è più grave che nelle perforazioni alte e 2/3 dei malati operati sono morti.

Boss consiglia la tecnica da lui seguita nel caso occorso alla sua osservazione: chiusura semplice della perforazione, ano artificiale superiormente e drenaggio del piccolo bacino. DR.

False coliche nefritiche in un caso di megacolon.

A. Haenens (*Le Scalpel*, a. 80, n. 28, 9 luglio 1927, p. 645) riferisce di una malata di circa 35 anni, che presentò nel gennaio 1914 una colica renale sinistra: dopo 5 giorni emise un calcolo urico.

Coliche simili, ma senza emissione di calcoli, si ripeterono per 11 anni. Il dolore era sempre a sinistra, lombare e sottocostale ma non si irradiava mai lungo l'uretere. La palpazione del rene riesciva indolore: dolente invece fu trovato l'angolo splenico del colon.

L'esame delle urine e una pielografia eseguita nel sospetto di una piccola idronefrosi non rivelarono nulla di anormale. Invece l'attenzione fu rivolta al colon perchè la malata riferì di aver sopportato senza disturbo un enteroclisma di due litri e di aver avvertito il bisogno di defecare solo dopo un'altra irrigazione di un litro e mezzo di liquido. Difatti il colon ascendente fu trovato enormemente dilatato. Anche l'angolo colico splenico fu riscontrato ectasico, ma in grado assai minore. Difficile riuscì a spiegare la ragione di una localizzazione a sinistra per una dilatazione colica destra. Forse lo stiramento dell'angolo colico sinistro, fortemente fissato può determinare una stasi destra e quindi una irritazione spiccata del simpatico da quel lato. Ma questa è una semplice ipotesi. Tuttavia esistono dei casi analoghi.

Una caduta e una disposizione a canna di fucile del trasverso con stiramento dell'angolo splenico del colon determinò, in un altro malato, coliche nefritiche simili a quelle del caso precedente.

M. E.

Le sindromi appendicolari nelle affezioni polmonari.

Sergent (*Journ. de méd. et Chirurgie pratiques*, 25 luglio 1927) fa rilevare che la sindrome pseudo-appendicolare nelle affezioni pleuro-polmonari è superficiale, essendo la contrattura poco marcata. Di fatto, premendo con un dito nel punto di Mac Burney, il malato si risente subito, ma continuando dolcemente la pressione ed affondando ancora il dito, si osserva che il malato sopporta bene il dolore, che appare leggero e non manifesta più alcuna reazione, contrariamente a quanto avverrebbe in un appendicitico vero.

Un'altra differenza si ha nella *facies*, che non è quella del vero appendicitico, ma soltanto un po' stanca e spesso senza aspetto particolare.

Importante è poi la presenza della pleurite o di un'affezione polmonare; da ciò risulta la necessità di eseguire sempre un esame completo di un appendicitico.

Qualche volta, il quadro si fa più oscuro perchè la pleurite può essere la complicazione dell'appendicite (pleurite appendicolare di Dieulafoy); in tal caso però essa è tardiva e non sopravviene mai improvvisamente.

fil.

TERAPIA.

Lo pneumotorace bilaterale nella tubercolosi polmonare.

Il trattamento dello pneumotorace bilaterale terapeutico è stato applicato da S. Morelli (*Tubercolosi*, f. 8, agosto 1927) in cinque casi, in cui le lesioni piuttosto gravi, non lasciavano adito ad altri metodi terapeutici più efficaci.

Durante lo pneumotorace è stato usato l'ergomanometro polmonare del Parodi, il quale è stato molto utile per poter giudicare del grado di compressione del polmone, e del comportamento del mediastino e del diaframma.

Nei cinque casi riferiti, il miglioramento ottenuto con lo pneumotorace bilaterale è stato evidente e netto, tanto da permettere agli infermi di lasciare il sanatorio, dopo il periodo di cura, in condizioni discrete.

In tutti questi casi la collassoterapia bilaterale non ha dato luogo a nessun incidente, nè a complicanze, come si potrebbe supporre che avvenga per la riduzione dell'area respiratoria. Ciò si deve anche alla tecnica rigorosa, e all'uso dell'ergomanometro, il quale evita i fenomeni di iperpressione.

Lo pneumotorace bilaterale va applicato nei casi in cui le altre risorse terapeutiche son restate inefficaci, tenendo conto però di possibili complicanze, dell'evoluzione e dell'estensione della infezione, delle condizioni di nutrizione dell'infermo. Va quindi applicato nei casi cronici, lenti, in cui un lato però sia meno preso, con solo piccoli focolai; nelle forme anche recenti, con focolai non molto estesi, e senza complicanze laringee o intestinali lo pneumotorace bilaterale ha corrisposto bene. Non ha grande importanza l'intervenire in periodo evolutivo o in momenti di calma, purchè non vi sia una reazione pleurica in atto.

La quantità di ossigeno o di azoto insufflata, è stata giudicata caso per caso, in rapporto alle condizioni organiche e ai dati clinici e radioscopici; è stata però piuttosto piccola, e mantenendosi ad una pressione negativa o debolmente positiva; la posizione preferita dall'A. è quella supina.

Gli intervalli più o meno lunghi serviranno a promuovere uno pneumotorace elettivo, il quale comprima le zone lese, e lasci libere per la respirazione quelle sane.

CARUSI.

Il trattamento delle pleuriti.

P. siero-fibrinosa. L'eziologia tubercolare non è costante. Secondo C. Fiessinger (*Journal des praticiens*, anno XI, n. 36), tale eziologia si ha soltanto nella metà dei casi; essa impone la circospezione, evitando in linea generale la toracentesi che, decomprimendo il polmone, lascia aperta la via alla germinazione tubercolare. Se poi la tubercolosi non c'entra, la pleurite guarisce spontaneamente. Basta lasciare immobili i malati in letto durante il periodo febbrile e sottometterli al regime latteo. Il trattamento medico per mezzo di droghe è del tutto inefficace; solo nella P. reumatica è utile il salicilato di sodio alla dose di 6 grammi al giorno.

La toracentesi non è indicata, nemmeno nei casi con leggera deviazione del cuore, la quale scompare con il riassorbimento dell'essudato. È necessario, per decidere la toracentesi, che vi siano dispnea, tachicardia, segni di asfissia, sintomi che appartengono piuttosto alla P. purulenta. La migliore indicazione per la toracentesi è la lentezza di riassorbimento dell'essudato; in tal caso, l'estrazione di 1/4 di litro a 1/2 litro di liquido facilita il riassorbimento del resto. E, se il liquido si riproduce, si potrà ripungere, iniettando poi dell'aria filtrata (attraverso un bioccolo di cotone interposto nel tubo che inietta l'aria): si estraggono 400 cmc. di liquido e si introducono 250 cmc. di aria (10 colpi di stantuffo con il Potain).

P. suppurate. Vanno considerate come un

ascesso e, come tali trattate. In quelle da pneumococchi, basta l'incisione, introducendo nell'apertura due grossi drenaggi, (lunghi circa 6 cm.) che si mantengono con una spilla da balia. Nella forma da germi della suppurazione si deve pungere ed iniettare nella cavità dei vaccini filtrati (100-150 cmc., rinnovando l'introduzione dopo 24 ore), quando si tratti di strepto- o stafilococchi. Nelle P. putride, aprire, drenare, lavare largamente, con soluzione tiepida di cloruro di zinco (1 ‰); circa 1/2 litro, da introdursi lentamente e da ripetersi fino a fuoriuscita di liquido limpido. Nelle pleure inspessite da un piotorace, è consigliabile l'olio gomenolato al 4 % (50-300 cmc.).

Nelle P. purulente tubercolari. l'operazione dell'empiema non riesce; bisogna pungere e far seguire un'iniezione modificatrice (naftolo canforato; 1-5 cmc.), ripetendo dopo 8-10 giorni se il versamento si riforma.

Nelle P. incistate (interlobari, mediastiniche diaframmatiche) il malato guarisce mediante la vomica che si produce spontaneamente e si deve avere la pazienza di attendere, anche parecchi mesi, come è il caso per la forma mediastinica. In generale l'operazione, in questi casi è inutile.

fil.

Cura dei bambini non tubercolosi con tosse cronica.

R. Lederer (*Wien. Klinische Wochenschr.*, n. 9, 1927) osserva che nel lattante le affezioni croniche delle vie respiratorie sono determinate spesso da processi congeniti o da gravi alterazioni dei polmoni; il decorso cronico di affezioni respiratorie nei primi due anni di vita è favorito dalla diatesi essudativa e dal rachitismo. Nei bambini più grandi di solito la tosse cronica è determinata da bronchiti e tracheiti croniche o da processi infiammatori dello spazio naso-faringeo e dei suoi annessi. Mentre nei bambini più grandi i processi che determinano la tosse cronica non sono di solito immediatamente pericolosi, nei lattanti essi disturbano notevolmente lo sviluppo dell'organismo. I processi che determinano tossi croniche sono in parte continui, in parte intermittenti; la diagnosi di quest'ultimi è notevolmente più difficile. Spesso viene posta la diagnosi errata di tubercolosi, tanto più in quanto i processi infiammatori cronici possono determinare ingrossamenti aspecifici delle glandole ilari. Per evitare l'errore diagnostico sono necessari esami ripetuti ed accurati, l'esame radiologico, le reazioni tubercoliniche. Nel lattante affetto da diatesi essudativa prevalgono le affezioni delle vie aeree superiori, nel lattante rachitico delle vie aeree inferiori. Sia nel lattante che nel bambino più grande le affezioni croniche delle vie respiratorie sono in certo modo ereditarie. La terapia delle affezioni croniche respiratorie consiste nella profilassi ed in una cura climatica. Espettoranti, impacchi, inalazioni, ecc. non sono che rimedi sintomatici utili nelle esacerbazioni. La profilassi consiste nell'allontanare i bambini predisposti dai danni di natura meccanica, termica e batterica, cercando contemporaneamente di aumentare la loro resistenza contro la malattia. Si deve innanzi tutto curare a che i bambini stiano poco insieme con individui affetti da tosse. Dalla cura di neonati e di lattanti, in cui le affezioni respiratorie croniche sono sempre gravi e spesso mortali, si devono allontanare tutte le persone che non hanno le vie respiratorie sane.

Trattandosi di bambini più grandi si deve badare che i bambini predisposti vengano allontanati dalla persona di famiglia che si ammala. Nella scuola questi bambini vanno messi a sedere lontano dai bambini affetti da tosse; al caso allontanati dalla scuola se in essa si manifestassero numerose affezioni respiratorie. Siccome le affezioni respiratorie di solito si iniziano dal naso è importante badare a che esso venga curato meccanicamente ed antibattericamente con l'uso razionale di olii e di pomate. Non è invece opportuno tenere questi bambini troppo caldi e riparati, è molto meglio rinforzarli e renderli resistenti alle differenze di temperatura. L'unica cura efficace in caso di bambini affetti da malattie respiratorie croniche è la cura climatica. Preferibile al soggiorno al mare è il soggiorno in alta montagna, sopra gli 800 metri; tranne che nei casi lievi si rende necessaria una permanenza lunga e ripetuta in montagna. Nei lattanti e nei piccoli bambini si ottengono buoni risultati con irradiazioni generali con lampada di quarzo.

POLLITZER.

VARIA.

Le cause e la profilassi del suicidio.

S. Serin (*La Presse médicale*, 6 nov. 1926) ha fatto una minuziosa inchiesta su 307 casi di suicidio avutisi a Parigi. In ognuno di essi, una assistente sociale si recava al domicilio del morto e cercava di ottenere dai vicini e dalla famiglia tutte le possibili notizie; se l'individuo si era salvato dalla morte, veniva sottoposto ad esame psichiatrico.

Dalle notizie così raccolte, si è veduto anzitutto che il suicidio è più frequente negli uomini che nelle donne, nei vecchi anzichè negli adulti, fra i celibi in confronto dei coniugati Sebbene si tratti di una città cosmopolita come Parigi, i suicidi erano quasi tutti francesi.

A grandi linee, le cause del suicidio possono raggrupparsi fra le seguenti: psicopatia, alcoo-

lismo, dispiaceri intimi, malattie incurabili, miseria.

Un terzo dei suicidi era dato da psicopatici; la metà di essi aveva avuto prima del suicidio dei disturbi mentali bene caratterizzati, che avrebbero dovuto richiamare l'attenzione. Sono state osservate per ordine di frequenza: depressione melanconica, disturbi dell'intossicazione alcoolica, involuzione senile, demenza precoce, epilessia, psicosi traumatiche, ossessione-suicida, delirî cronici, demenze organiche, paralisi generale, puerperalità, delirî febbrili, sequele di encefalite letargica.

L'altra metà è costituita da squilibrati, talora alcoolisti, talora epilettici, ma senza che vi sia un rapporto diretto fra il loro stato ed il suicidio stesso. Quando questi individui si uccidono lo fanno, non già sotto l'influenza di un idea delirante; il loro gesto non è incosciente nè delirate; esiste un motivo di esso, ma sproporzionato alla gravità dell'atto. Rassomigliano ai suicidî infantili, che muoiono quasi sempre per motivi in apparenza futili ed hanno in comune con essi la grande suggestibilità, per cui riproducono nel suicidio tutti i particolari di un altro che ha destato l'attenzione. Il contagio del suicidio, del resto, è noto fino dagli antichi tempi, come sono conosciute le « epidemie di suicidi » in cui intervengono la suggestibilità degli individui e talora un elemento isterico od un'idea fissa passionale, come in certe sette religiose in Russia.

Nella statistica dell'A., 14 suicidi di alienati sono collettivi, il marito trascina la moglie o gli amanti si suicidano insieme.

Un altro terzo dei suicidi sembra riconoscere come causa l'alcoolismo, comprendendo fra questi non già gli individui con disturbi mentali da alcoolismo, ma quelli che hanno « il vino triste » e si uccidono senza motivo apprezzabile dopo copiose libazioni e, se si salvano, sono incapaci di dare la ragione del loro atto.

Vengono in séguito, per ordine di frequenza i « dispiacerî intimi » (59 casi): i vedovi, il marito o l'amante abbandonati, i vecchi respinti dai figli ingrati, i genitori che non possono sopravvivere alla morte del figlio, due casi di ragazze abbandonate durante la gravidanza. Talvolta questi suicidi sono in rapporto con tendenze isteriche e vi è nei loro autori una semisincerità mista al desiderio di richiamare l'attenzione.

D'altra parte, è difficile sapere se, sotto questi « dispiaceri intimi » non si nasconde uno squilibrio costituzionale od una psicosi iniziale; nella maggior parte dei casi però si trattava di individui che erano stati fino allora del tutto normali.

Trentanove casi sono stati determinati dalle sofferenze di malattie che l'individuo riteneva incurabile (più spesso il cancro, quasi altrettanto la tubercolosi e la sifilide) oppure dall'incombente minaccia di una data infermità, sopratutto la cecità.

Anche la miseria manda molte vittime al suicidio: 38 casi nella statistica dell'A., miseria materiale o preoccupazioni pecuniarie. Talvolta la miseria è conseguenza dell'alcoolismo o di psicopatie: molti dei disoccupati non sono che degli instabili, non mai soddisfatti da nessuna posizione, che cambiano continuamente mestiere o posto. Altre volte la miseria dipende da malattie, più spesso dalla vecchiaia inferma, solitaria od abbandonata; più raramente invece da un'improvvisa rovina, da speculazioni sfortunate, ecc.

Tre casi infine riguardavano individui condannati a pene infamanti, che hanno tentato di farsi giustizia da sè; due di essi erano però simulati e destinati ad impietosire i giudici.

Che un gran numero di suicidi sia evitabile, risulta da questa stessa enumerazione. I disturbi mentali che ne sono più spesso la causa (delirio melanconico, tossico, puerperale) se trattati a tempo, sono suscettibili di guarigione. Più difficili da trattare sono gli squilibrati; il loro suicidio, quasi sempre impulsivo, è impossibile da prevedersi. Se ne sono impediti, lo rinnovano se si riproducono le difficoltà che la loro debole volontà non ha saputo superare. La profilassi di questi suicidi è un'opera di lunga lena, in parte extra-medica, tanto più efficace se iniziata nell'infanzia. Un orientamento professionale giudizioso, il trasferimento in un ambiente favorevole (quello familiare è il più spesso dannoso) sembrano i mezzi più sicuri.

Quasi disarmati siamo contro i « dispiaceri intimi » e contro le malattie incurabili; l'azione sociale contro il pauperismo e la miseria combatteranno indirettamente ed a lunga scadenza la tendenza al suicidio.

Già, con i mezzi ristretti posseduti, il Dispensario di profilassi mentale ha potuto fare qualche opera benefica; alcuni che si sono salvati e che avevano disturbi mentali fino ad allora sconosciuti, sono stati curati ed hanno migliorato. Altri che avevano tentato il suicidio per miseria hanno ricevuto dei soccorsi; alcuni bambini fragili sono stati tolti dagli ambienti nocivi, da genitori alienati o squilibrati e confidati ad opere di assistenza, che li hanno collocati in un'atmosfera più favorevole al loro sviluppo normale.

Lo scopo pratico di tali inchieste è quello di scovare i suicidi legati agli stati psicopatici e tentare così una profilassi razionale del suicidio. È da augurarsi che anche da noi le diverse « Leghe di profilassi mentale » non trascurino questo ramo di proficua attività. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini »*. — Primario medico; età mass. 45 a.; voti materie universit.; 4 anni di aiuto o assistente effettivo di clinica o di aiuto di grandi Ospedali o un anno direttore reparto importante in detti Ospedali; docum. al Minist. P. I. entro il 31 mar.; anno di prova; limite servizio 65 a.; stip. Lst. 240 e percentuale 10 % rette degenti 1ª e 2ª classe; consentito eserc. libero; assunz. serv. entro 2 mesi.

ASCOLI PICENO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Direttore del Dispensario Centrale; età lim. 50 a.; L. 10,000. Aiuto medico; età lim. 35 a.; L. 6000. Per i due posti tassa L. 50.05; doc. a 3 mesi dal 15 gen.; scad. ore 17 del 16 feb.

BADIA TEBALDA (*Arezzo*). — Scad. 15 feb.; v. fasc. 4.

BELLUNO. *Laboratorio Prov. d'Igiene e Profilassi* (gestito dall'Osped. Civile). — Direttore della Sez. Chimica. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del detto Ospedale.

BRESCIA. *Ospedale Psichiatrico Provinc.* — Medico aiuto; L. 12,000 e 7 aumenti decimali; lire 3500 serv. att.; c.-v.; tassa L. 25; rivolgersi Ammin. Provinc.

BUSTO ARSIZIO. — Ufficiale san. Proroga al 15 feb. Rivolgersi R. Prefetto di Varese.

CAPPELLA MAGGIORE (*Treviso*). — Al 29 feb.; p. circa 600 pov. su 3600 ab.; L. 8500; addiz. L. 5 oltre il 20 % degli abit.; L. 3000 p. cav. od automob.; L. 500 uff. san.; 3 quinquenni dec.; c.-v.; età lim. 30 a.; doc. a 3 mesi dal 3 gen.

COSENZA. *Dispensario celtico Comunale.* — Medico direttore; L. 5000; titoli ed esami; rivolgersi Ufficio Sanitario Provinciale; a tutto 20 feb.

CROVA (*Vercelli*). — Scad. 15 feb.; L. 7000 per 400 pov.; addizion. L. 2; trasp. L. 3500; ambul. L. 100 (*sic*); c.-v. L. 1200; 4 quinquenni dec.; tassa L. 50.

FORNARA DEL CONTE (*Carnaro*). — Al 15 feb.; L. 8500 e c.-v., oltre L. 2000 trasp.; 4 quadrienni dec.; se uff. san. L. 1000 per 5000 ab. e L. 200 ogni migliaio in più o frazione; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15; doc. a 3 mesi dal 15 gen.

LECCE. *R. Prefettura.* — Uff. san. capoluogo; ab. 55,124; Kmq. 238.55; L. 14,000 e 5 quadrienni di L. 1000; c.-v.; età lim. 45 a.; scad. 31 mar.; titoli ed esami.

LUGAGNANO VAL D'ARDA (*Piacenza*). — A tutto 29 feb.; 2° reparto; L. 11,000 e indenn. integrazione L. 1470, rivedibile; L. 400 ambul.; L. 3000 cavalc.; L. 1200 assegno supplementare, rivedibile; tassa L. 50.

MOLINI DI TRIORA (*Imperia*). — Scad. 15 feb.; L. 9000 più L. 1000 uff. san. e servizio ostetrico; tassa L. 50,10.

OSIMO (*Ancona*). — L. 8000 e 10 bienni ventes., un c.-v.; scad. 20 feb.; età lim. 34 (39) a.; tassa L. 50; chied. annunzio.

PAESE (*Treviso*). — Medico del 1° reparto; Lire 8500; mezzo trasp. L. 1500; c.-v. statale. Scad. 15 febbr. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria.

PIEGARO (*Perugia*). — Scad. 18 feb.; L. 9780 e 3 quinq. decimo; c.-v.; serv. att.; trasp. Tassa L. 50.

RAVENNA. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo; a tutto 16 mar.; v. fasc. 4.

ROMA. *Laboratorio d'Igiene e di Profilassi del Governatorato.* — Un assistente nella Sezione medico-micrografica; scad. 29 feb.; v. fasc. 4.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Aiuto oculista; scad. 29 feb.; v. fascicolo 4.

SPEZIA. *Ospedale Civile Vitt. Emanuele II.* — Il concorso a medico primario è prorogato a tutto il 15 febbraio. È abolito il limite di età, stabilito in anni 46. È fatto obbligo ai concorrenti di presentare copia autentica della fede di nascita. È annullato l'obbligo di presentare certificato comprovante di essere iscritto al Sindacato Fascista delle Professioni Sanitarie.

TITO (*Potenza*). — A tutto 15 feb.; L. 6000 (*sic*) e addizion. L. 5 sopra i 400 iscritti; sei quadrienni dodicesimo; età lim. 40 a.; tassa L. 50.05. Chied. annunzio.

TORINO. — Scad. 25 feb.; cond. periferica di Abbadia di Stura; rivolgersi Municipio, Ufficio Personale.

TRIPOLI. *Governo della Tripolitania.* — Uff. san. capo dell'Ufficio d'Igiene del Municipio; ab. 55,000 circa; Kmq. 14 c.; L. 16,000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 8000 indenn. resid., c.-v., L. 4000 trasp.; L. 1000 se conoscenza lingua araba. Scad. 15 mar. Età lim. 45 a. Docum. a 3 mesi dal 21 gen. Triennio di serv. come uff. san. in città di almeno 25,000 ab. o come assist. univ. o negli uffici della Sanità pubbl. Divieto di eserc. libero. Tassa L. 50 e versam. L. 1000 a garanzia di accettaz. del posto, alla R. Sezione di Tesoreria di Tripoli. Chied. bando.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Per il biennio 1927-28 e 1928-29 sono nominati rettori delle Università di Siena e di Pavia i proff. Achille Sclavo e Ottorino Rossi; sono nominati presidi di Facoltà mediche i proff. Arnaldo Maggiora Vergano a Torino, Luigi Manfredi a Palermo, Filippo Arturo Foderà a Catania.

Il prof. Bruno Polettini, di patologia generale a Sassari, è trasferito a Cagliari.

Il prof. Arturo Castiglioni è nominato socio effettivo della Reale Società di Londra.

NOTIZIE DIVERSE.

Scuola di Specializzazione presso la Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Napoli.

I corsi avranno principio il 7 febbraio e dureranno due anni, di cui uno di internato nella Clinica.

Il numero degli iscritti è limitato a 20.

Oltre agli esami di profitto, alla fine del biennio gli iscritti saranno tenuti a presentare una dissertazione scritta su una tesi originale di argomento relativo alla materia dei corsi e sostenere la relativa discussione. Dovranno, inoltre, sottoporsi ad una prova pratica sull'ammalato e ad una di laboratorio.

Oltre le tasse e le sopratasse stabilite come per legge, gli iscritti alla Scuola debbono versare un contributo annuo di L. 200 per spese di laboratorio.

Le domande di iscrizione in carta da bollo di L. 2 vanno presentate, munite del visto del Direttore della Scuola, prof. Stanziale, alla Segreteria della R. Università di Napoli.

Per maggiori schiarimenti rivolgersi alla suddetta Segreteria.

I nuovi locali del Brefotrofio di Roma.

Il 22 gennaio, alla presenza di molte autorità, vennero inaugurati i nuovi locali del Brefotrofio Provinciale di Roma, costruiti di recente. Essi comprendono la Scuola di puericoltura, un nuovo reparto d'isolamento, un ambulatorio, due infermerie, una sala per radiologia e cure fisiche, i bagni, sale per allattamento, dormitorî per i bambini e per le balie, il dormitorio delle assistenti, ecc.

Il direttore sanitario, prof. Mario Flamini, dopo avere comunicato le adesioni dell'on. Turati, segretario generale del Partito, del senatore Baccelli, presidente della Commissione straordinaria della Provincia, e del Prefetto, con una breve e sintetica relazione statistica, dimostrò come la percentuale della mortalità dei lattanti da un massimo del 77 sia discesa per l'opera energica della Commissione fascista al 10 per cento, cifra mai raggiunta nel passato.

I nuovi locali permetteranno di migliorare l'assistenza ai piccini, nonchè di aumentare il personale. Quindi, la bassa percentuale di mortalità scenderà ancora. L'alto volere del Duce — così terminò l'oratore — è stato eseguito.

Seguì un coro di assistenti sanitarie.

Alle balie ed ai bambini ricoverati furono dati dei regali.

Il Brefotrofio di Milano.

L'avv. gr. uff. Sileno Fabbri, quale presidente della Federazione provinciale dell'Opera di assistenza maternità e infanzia, ha dato incarico al prof. Spolverini, della R. Università di Pavia, di elaborare un programma di riforme dell'Istituto predetto, il quale assumerà la denominazione di « Istituto Provinciale di protezione ed assistenza dell'infanzia ». Ciò perchè la denominazione di « Brefotrofio » aveva un significato ristretto e tale da ingenerare, per quanto immeritatamente, un'impressione di carenza etico-sociale. La nuova denominazione varrà a significare che l'Istituto si uniformerà allo spirito delle nuove leggi, nelle quali le funzioni di protezione ed assistenza dell'infanzia non possono essere disgiunte da quelle in pro della madre naturale, primo coefficiente del governo del bambino.

Asilo-nido nel Carcere di Milano.

Nel Reparto femminile del Carcere Giudiziario di Milano venne inaugurato un « Asilo per i nati nel carcere ». È composto da quattro camerette a due letti — uno per la madre e uno pel bambino — destinate alle creature che vengono alla luce e sono allattate fra le triste mura del carcere; viene a compendio della « Stanza di maternità », ed è dovuto alla iniziativa del Direttore, comm. Ardisson ed alle elargizioni dell'avv. Podreider.

Il radiotelefono negli Ospedali milanesi.

L'Unione Radiologica con una oblazione di cinquemila lire ha iniziato una sottoscrizione per dotare i vari letti dell'Ospedale Maggiore di Milano di un impianto radiofonico in conformità di quanto già è stato attuato nei maggiori Ospedali esteri. Si tratterebbe di effettuare un impianto ricevente centrale di grande potenza e delle « prese » uguali a quelle della luce, disposte accanto ad ogni letto, nelle quali possa essere inserita una cuffia ricevitrice. È un'opera umanitaria che, come dimostra la pratica, reca grande sollievo ai malati. In alcuni Ospedali dove si è fatto l'esperimento, si è perfino notata una grande diminuzione di chiamate agli infermieri durante le ore della trasmissione, tanto che fu possibile alla Direzione dell'Ospedale ridurre l'opera degli assistenti.

Nuovo Ospedale per l'infanzia a Torino.

L'11 gennaio, con l'intervento di S. A. il Principe di Piemonte e del Cardinale Arcivescovo di Torino e di molte Autorità, venne inaugurato il nuovo Ospedale Koelliker in amena e salubre posizione, al confine della città di Torino, verso Mirafiori, per la protezione e la difesa dell'infanzia specialmente dal flagello della tubercolosi. Esso è sorto in pochi mesi mediante l'offerta di un milione al Municipio di Torino fatta dall'industriale comm. Enrico Koelliker, in memoria del proprio figlio Teodoro.

Ricostruzione di Ospedali a Parigi.

Il Consiglio municipale di Parigi, su relazione di Granger, ha votato un programma di lavori comportanti la spesa di 188 milioni di franchi, per la ricostruzione degli ospedali Bichat e Brous-

sais negli stessi terreni occupati attualmente. Il secondo sarà un grande ospedale moderno e potrà accogliere mille infermi. La Charité verrà demolita e la sua circoscrizione sarà collegata al Broussais. Anche il Beaujon scomparirà; l'ospedale verrà riedificato a Clichy. L'ospedale Claude Bernard per contagiosi verrà ingrandito e si prevede la costruzione di due ospedali suburbani per tubercolotici e di alcune case di ritiro per vecchi.

Beneficenza.

Il comm. Scarsiglia di Palermo ha fatto donazioni cospicue per beneficenza, nel Leccese, per l'importo complessivo di 5 milioni, tra cui 3 milioni alla provincia per la lotta antitubercolare e 100,000 lire al Consorzio provinciale antitubercolare; ultimamente donava 300,000 lire in consolidato e un edifizio del valore di 60,000 lire per l'istituzione di un asilo infantile a Lecce.

La « Giornata del riso ».

Il Sindacato Nazionale Medico Fascista ha diramato un comunicato con cui, considerato:

1) che è dovere di ogni italiano coadiuvare il Governo Nazionale nella battaglia del grano;

2) che, consumando all'interno del Regno maggiore quantità di riso — prodotto eminentemente nazionale — si viene a favorire la vittoria del grano perchè se ne diminuisce così la importazione dall'estero;

3) che il riso è cibo sano, igienico (dalla semina al consumatore non è a contatto con l'uomo) ed è il più facilmente digeribile non solo, ma molto utile in diverse malattie, specialmente dello apparato digerente, ed è coadiuvante dell'allattamento materno;

4) che il consumo di tale prodotto nazionale è ridotto a poco più di 4 chilogrammi per persona e per anno, mentre le nazioni europee più progredite arrivano fino ad oltre 40 chilogrammi per persona e per anno;

5) che poco si conosce del riso in molte regioni d'Italia e meno lo si sa cucinare;

6) che la risicultura italiana attraversa una grave crisi che ne minaccia la esistenza, con eventuale conseguenza di forte disoccupazione operaia agricola;

ha deliberato di indire una « giornata del riso » per domenica 19 febbraio 1928.

A tal fine rivolge invito a tutti gli Enti interessati ed a tutti quelli che per la loro speciale organizzazione sono in grado di svolgere tra il popolo una efficace propaganda, di collaborare con conferenze, articoli per quotidiani e riviste, esposizioni nei negozi, nei ristoranti, ecc., alla riuscita di questa iniziativa che ha una grande importanza per la economia nazionale e che nel mentre giova a diffondere tra le masse un sano nutrimento, solleverà in pari tempo la nostra agricoltura da una crisi perfettamente ingiustificata.

Conferenze sull'educazione ginnico-sportiva.

La « Società degli Amici dell'Università di Parma » ha nel suo Statuto tracciato il compito di favorire fin dove le è possibile lo sviluppo dell'educazione ginnico-sportiva nei Goliardi sia contribuendo finanziariamente alle loro gare ed Olimpiadi ed all'acquisto di attrezzi ginnastici e sportivi, come a mezzo di conferenze per accrescere il patrimonio del loro sapere in materia.

Il Consiglio Direttivo della Società e per esso il presidente ed il Segretario generale hanno creduto opportuno di far tenere nei primi mesi del corrente anno da valenti cultori dell'educazione fisica e da insigni scienziati una serie di conferenze che possono anche essere utili non solo ai Goliardi del G. U. S. ma anche alle Avanguardie. guardie.

Esse saranno tenute per gentile concessione del Rettore nell'anfiteatro d'Anatomia Umana della Università e saranno pubbliche.

Avranno luogo dalle ore 11 alle 12 delle domeniche a partire dal 22 feb. Saranno oratori gli onn. Salvi, Baistrocchi, Arpinati, Orano, Feretti ed i proff. Foà, Pensa, Piras, Cardini, Acconci e Gabbi.

Conferenze del prof. Franchini nell'America del Nord.

È ritornato dall'America del Nord, ove era stato invitato da varie Associazioni scientifiche per un ciclo di conferenze, il prof. Giuseppe Franchini, direttore dell'Istituto di Patologia coloniale della R. Università di Bologna. Il prof. Franchini è stato ovunque vivamente festeggiato e applaudito.

I medici delle piccole repubbliche baltiche.

Il console degli Stati Uniti residente a Riga, capitale della Lettonia (Latvia), ha raccolto i dati sui medici di questa piccola repubblica e delle due confinanti. Al 1° gennaio i medici iscritti nella Lettonia erano 988 per una popolazione di 1,857,004 abitanti, il che corrisponde a un medico esercente ogni 1879 abitanti. Nell'Estonia (Easti Wabarük) al 1° gennaio 1925 si contavano 1,114,630 abitanti e al 1° gennaio 1927 i medici esercenti erano 800, il che corrisponde a 1 medico ogni 1633 abitanti. Nella Lituania (Lietuva) al 1° gennaio 1927 si contavano 2,255,520 abitanti e 465 medici, ossia 1 medico ogni 4859 abitanti. La deficienza di medici si fa sentire molto nelle campagne. Nella Lettonia la richiesta di medici è tale, che il relatore calcola possano essere assorbiti ogni anno oltre 130 nuovi medici. Questi vengono forniti in buona parte dalla Facoltà Medica dell'Università lettone; per medici stranieri è difficilissimo ottenere l'autorizzazione all'esercizio professionale, se non conseguono il diploma in detta università.

Un concorso letterario per medici.

Il giornale « Le Siècle médical » ha pensato di fondare un premio per il migliore romanzo scritto da un medico o da un chirurgo, o da uno stu-

dente di medicina. Il fondatore ricorda il gran numero di scrittori, che la classe dei medici ha dato ai letterati, e cita fra questi Leone Daudet, Maurizio de Fleury, Giorgio Duhamel, Pietro Dominique ed altri ancora.

In questi giorni la signora Dussane, attrice della « Comédie », ha tenuto una conferenza a Bruxelles sui « medici nel teatro », ed ha incominciato col « dottor Purgon » di Molière, fino al « dottor Knock » di Giulio Romain, il quale ha continuato a illustrare in questo suo lavoro la serie dei medici ciarlatani, dipinti dal grande Molière. La conferenziera ha constatato, che i medici sul teatro riescono quasi sempre interessanti e spesso divertenti. È naturale che questa graziosa attrice, usa a far ridere il suo pubblico, ha illustrato il lato comico, specialmente dei medici molieriani, quando si era in un periodo, in cui la medicina più che scienza era empirismo. Oggi che le cose sono ben mutate e che il medico non è più una figura comica, la rivista medica vuol far risaltare, come spesso negli uomini, che si dedicano a curare e sanare i mali dell'umanità, si trovino dei poeti, dei romanzieri, che un lavoro snervante e costante, fatto di attività e di sacrificio, distoglie dal loro primo ideale.

Un trattato ungherese di Odontojatria tradotto in italiano.

A rendere sempre più saldi i vincoli fra la classe medica Italiana e quella Ungherese, il Giornale « La Stomatologia » si è fatto Editore di una importante pubblicazione: « *Odontoiatria Pratica* » del prof. Giuseppe Szabò, Direttore della Clinica Stomatologica della R. Università di Budapest.

Lo Szabò è uno dei più autorevoli stomatologi europei e il suo libro sarà un utile *vademecum* non solo per gli specialisti ma anche per quei medici generici che debbono — come oggi la legge prescrive — conoscere i fondamenti di questa materia.

Il dott. Bruno Polacco, primario stomatologo dell'Ospedale di Fiume, ha tradotto con cura ed amore la classica opera del maestro Ungherese e fra poche settimane essa sarà posta in vendita.

Il bel volume di circa settecento pagine, riccamente illustrato da ben 592 figure ed elegantemente rilegato in tela, costerà L. 130. La tiratura è limitata: chi vuole esser certo di riceverlo deve prenotarne una copia inviando acconto di L. 50 all'Amministrazione del Giornale « La Stomatologia », Piazza S. Bernardo, n. 108-A, Roma (105). La prenotazione dà diritto allo sconto del 15 % sul suddetto prezzo.

A Buenos Aires ha cessato di vivere il dott. LUIGI GÜEMES, professore di patologia medica in quella Università. Fu il primo direttore de « La Prensa Médica Argentina ». È stato senatore della sua provincia. P.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXV Roma, 13 Febbraio 1928 Fasc. 6

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

DISSERTAZIONI.

R. ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA.

Il nosografismo scientifico nel funzionamento della Clinica Medica.

RESOCONTO LETTO dal prof. VITTORIO ASCOLI (1).

. . . .

Nella prelezione del dicembre 1917 ho descritto la crisi che le cliniche mediche attraversavano, a causa dell'eccessivo sviluppo delle scienze biologiche sperimentali. Le cliniche erano divenute fucine di esperimenti biologici e trascuravano la diagnosi e la cura del malato; d'altra parte i biologi, ch'erano maestri di ricerche sperimentali, credevano facile preda la clinica. La crisi è superata. Le cliniche sono ritornate allo studio degli ammalati: i biologi non hanno fuorviato dai laboratori. Ogni superamento di crisi porta nuovi indirizzi. La clinica medica ha imparato ad applicare i numerosi mezzi di indagine che le scienze biologiche le avevano apprestato: è divenuta più ricca di dati positivi, più complessa, più viva; d'altra parte, poi, reagendo contro le pretese dello sperimentalismo, s'è dedicata allo studio dell'*individualità umana*, della *personalità*. Tale la duplice tendenza della clinica moderna: l'impiego di minute e precise ricerche di laboratorio; la determinazione della personalità umana.

I metodi di ricerca e i postulati delle scienze biologiche dimostrano quelle alterazioni di forma e di funzione degli organi interni, le quali non sono accessibili direttamente ai nostri sensi; determinano nel sangue la proporzione di singoli componenti normali, l'accumulo di prodotti abnormi del ricambio, le modificazioni dello stato fisico-chimico; fissano l'entità delle interne combustioni; precisano il comportamento della circolazione del sangue, nelle arterie, nelle vene, nei capillari; mettono in evidenza se e quali germi di malattia si trovino nel sangue, negli organi o nei prodotti patologici; svelano quali reazioni specifiche si siano verificate dopo intervenuta l'azione patogena di sostanze abnormi organizzate o no; provano l'attività funzionale di singoli organi (muscoli, cuore, fegato, reni); saggiano le modalità di reazione nervosa di fronte a stimoli adatti.

Anche i profani della medicina sono in grado di capire che quando il medico, dopo avere attentamente esaminato un soggetto con tutti i

(1) Dal resoconto dell'opera svolta nel 1° decennio d'insegnamento del prof. V. Ascoli, riportiamo questa parte in cui l'Oratore ha definito il metodo di studiare e considerare l'infermo, metodo che Egli definisce «nosografismo scientifico».

metodi che i suoi organi di senso gli permettono e di cui una lunga esperienza ha sanzionato il valore, possederà tal genere di informazioni concrete sulla statica e dinamica degli organi del soggetto, sulle condizioni del sangue e degli umori, sarà in grado di meglio penetrare le alterazioni morbose dell'individuo. Quanta maggior copia di elementi avrà il medico a disposizione tanto più avrà modo di comprendere le funzioni, tanto più facilmente potrà formarsi un'idea complessiva, sintetica dell'individuo.

Da tutte le scienze ogni giorno più il clinico medico ha bisogno di trarre elementi nuovi per perfezionare la sua diagnosi.

Veniamo alla personalità.

Sul modo come la personalità vada intesa, e sopratutto sui metodi con cui i singoli individui si contraddistinguono, non tutti sono d'accordo. Non è il caso di discutere qui il problema della *costituzione*, nel quale sboccano le varie tendenze degli studiosi della *personalità* in patologia.

È innegabile che nella genesi e nell'evoluzione dei processi morbosi e nelle manifestazioni sintomatiche una parte spetta all'individuo, con le tendenze ereditarie, con la sua particolare morfologia e con le proprie attitudini che si palesano nelle reazioni muscolari o vasomotorie o biologiche di fronte alle cause patogene. La parte che spetta all'individuo sarà preponderante, se la malattia è legata ad alterazioni organiche insite nel soggetto o a ereditarie disposizioni evolutive; sarà più o meno scarsa se le cause patogene sono estrinseche e potenti, ma specialmente se esse, come avviene di fatto nelle malattie infettive acute, alterano profondamente l'organismo o dànno lesioni di organi importanti, o addirittura invadono il sangue.

L'influenza dell'organismo sulle malattie viene ammessa da tutti. I *costituzionalisti* hanno la tendenza a dare prevalente importanza alla forma del soggetto e alle disposizioni individuali, considerandole come il fatto primo ed essenziale in tutti i processi morbosi.

Per dimostrare come noi ci differenziamo, riferirò un esempio significativo. In parecchie occasioni, il caposcuola dei nostri costituzionalisti, il Viola, ribadisce il concetto che la malattia infettiva non può considerarsi l'effetto dell'attività del germe variabile secondo la condizione del terreno: afferma egli che piuttosto il germe è la scintilla che accende il processo morboso. Il classico paragone del germe e del terreno è ripudiato dal Viola, perchè, secondo lui, il prodotto patologico (il tubercolo ad es.) appartiene all'organismo e non al germe: a me sembra invece calzante, perchè l'organismo non avrebbe mai dato quel prodotto senza il germe. Io ritengo che il processo morboso risulti dalla cooperazione dei due fattori, variabili, il germe nella virulenza, l'individuo nella ricettività. Ammetto anzi che maggiore importanza spetti al germe anzichè all'individuo colpito, perchè il germe in tutti gli uomini in cui attecchisce provoca analoghi processi (e tal volta ne provoca di analoghi anche negli animali) e perchè le alterazioni che il germe suole produrre (poniamo il tubercolo) non si verificano in nessun organismo vivo, se il germe non ha attecchito.

Analogia tra l'azione della scintilla che accende la polvere e il germe che accende la malattia, io non trovo, perchè ogni specie di germe provoca un suo incendio cioè dire suoi peculiari effetti; resiste in posto provocando effetti locali e generali o si diffonde nell'organismo; provoca ad ogni modo specifiche reazioni nel soggetto. Diversa è l'azione della scintilla che produce la combustione più o meno immediata e più o meno completa, ma che alla combustione rimane estranea.

Comunque, non è con immagini o paragoni, ma con constatazioni di fatti che si affrontano e risolvono problemi biologici. E se la primitiva, ingenua, batteriologia ha troppo ravvicinato i termini *germe* e *morbo*, essa ha scoperto l'agente causale di molte malattie infettive; ha lumeggiato i meravigliosi e misteriosi processi della immunizzazione specifica; ha insegnato la cura diretta e la profilassi efficace di molte malattie prima mortali (difterite, tetano, meningite cerebro-spinale, ecc.): ogni giorno ci porta nuova luce di verità. Il costituzionalismo, per quanto glorioso, non può offuscare i meriti della batteriologia.

Inerente al concetto della *personalità* è quello dell'*unità* dell'organismo, così nello stato normale come nello stato patologico.

Ben a ragione i medici sogliono definire la malattia come una deviazione della vita normale, come una alterazione dell'intero organismo, cioè di un tutto inscindibile. È antichissimo concetto questo dell'*unità* dell'organismo. Ha acquistato importanza in biologia dopo che gli studi moderni hanno messo in chiaro i meccanismi che integrano e governano la vita dell'insieme. I meccanismi che in ordine filogenetico ed ontogenetico entrano successivamente in azione sono: le correlazioni micellari e le intercellulari; poi le correlazioni chimiche interorganiche, determinate dal metabolismo specifico dei vari tessuti e delle quali è parte essenziale la correlazione ormonica; infine le correlazioni nervose completate dall'influsso psichico. Tali mezzi d'integrazione, pur essendo differenziati, rimangono fra loro intimamente connessi per legami genetici e funzionali. Fin qui tutti d'accordo.

Le differenze cominciano quando si vuol stabilire quale dei meccanismi prevalga, quale abbia

la funzione direttiva o almeno coordinatrice. Se nell'odierna esaltazione dell'endocrinologia alcuni ammettono che elemento fondamentale e dominante dell'*unità* sia il complesso delle attività ormoniche; per altri l'*unità* risiede essenzialmente nei centri nervosi, per le influenze della psiche sulla vita organica, per l'azione di alcuni centri sopra singoli funzioni della vita vegetativa, per la multiforme coordinazione dei movimenti riflessi, i quali dalle semplici contrazioni muscolari vanno ai fenomeni, alle manifestazioni degl'istinti. Io sono convinto della supremazia del sistema nervoso. La risultante dei fattori ormonici può far variare l'entità, dirò meglio la tonalità, della direzione nervosa; non può riassumerla, nè comprenderla.

Ma mi distinguo dai costituzionalisti in quanto, sebbene riconosca che le alterazioni d'un organo dànno la malattia, quando rendono abnorme la vita dell'intero soggetto, non ritengo perciò nè logico nè conforme ai fatti negare significato alle lesioni locali. Infatti non manca quasi mai nella malattia un processo anatomico localizzato, anche quando si tratti di malattie generali infettive o di profondi disturbi nutritivi. I disturbi funzionali della malattia non sono spesso che l'esponente delle lesioni organiche, così come la sede e la qualità delle lesioni anatomiche sono per lo più espressione diretta e specifica della causa patogenetica. Se si deve riconoscere che l'anatomia patologica ci fa constatare soltanto le lesioni organiche definitive, è giuocoforza ammettere che insegna le modalità e le fasi che il processo percorre per raggiungerle. La determinazione clinica del processo anatomico, vale a dire l'esame semeiologico fisico, ci mantiene legati alla realtà e ci devia dalle fantasticherie ideologiche; è anzi, secondo me, la base e l'orientamento d'ogni diagnosi.

Ho indugiato alquanto su questioni generali non per amore di polemica, ma per dichiarare nettamente le nostre direttive: l'importanza grandissima che l'*individualità* e l'*unità* hanno in clinica non ci autorizzano a prescindere dalla valutazione nè degli agenti causali nè delle lesioni locali nè degli altri elementi che entrano a costituire un quadro morboso.

Quali vie adunque le odierne tendenze tracciano alla clinica per riconoscere e curare la malattia individualizzata in un soggetto?

Io sono convinto della necessità di prendere punto di partenza dall'*individualità*. Ogni soggetto trae dalle forze ereditarie la forma esterna e le tendenze evolutive, ivi comprese anche le disposizioni alla malattia. La personalità si viene costituendo fino dalla fusione dei pronuclei ed evolve secondo le leggi dello sviluppo organico: la costituzione ereditaria è il fondamento essenziale del destino dell'individuo. D'altronde le condizioni di ambiente intrauterino e della vita esterna entrano in molte guise nel regolarne le modalità evolutive; le cause patogene agendo o su tutto l'organismo (alimentazione incongrua, infezioni generali) o su singoli organi, sopratutto sugli organi a secrezione interna, modificano temporaneamente o permanentemente lo sviluppo.

L'anamnesi scoverà i fatti e le cause che hanno influenzato la vita del soggetto, ne ricorderà i patimenti; l'esame morfologico con le sue misure fisserà i resultati complessivi che l'evoluzione dell'individuo ha raggiunto in quel momento. L'anamnesi e la morfologia sono la sintesi del passato: forniscono dati preliminari, che orientano il pensiero e il lavoro del medico, per scrutare le alterazioni attuali.

L'esame morfologico del soggetto si completa con l'esame dei singoli visceri. La precisa constatazione delle condizioni statiche e dinamiche dei singoli organi, che per i medici d'un ventennio fa era tutto; oggi, coadiuvata, illuminata. dalla radiologia, è soltanto la cosa preliminare. È per noi il ceppo su cui s'innestano le indagini successive. Le quali, come abbiamo visto, mediante esami strumentali e analisi di laboratorio, dànno preziosi documenti e misure su alcune modificazioni funzionali dei singoli organi, sopra qualcuna delle alterazioni umorali, sulle principali prevalenze ormoniche, su determinate reazioni biologiche e nervose.

Tutti questi dati finiscono per essere elementi atti a stabilire come la *personalità* venga integrandosi mediante la correlazione delle singole funzioni. Le ricerche biologiche d'altra parte trovano e fissano le cause morbigene o le conseguenze specifiche di esse.

La raccolta completa di tutti questi elementi, cioè lo studio clinico d'un infermo, è divenuto oggi faccenda parecchio complessa. Il clinico medico deve avere presenti tutti i dati anamnestici e obbiettivi, dare a ognuno il significato che merita, stabilire la gerarchia tra essi; utilizzare quelli che risultano utili e convergenti verso un giudizio: ecco la traccia del lavoro che guida alla *diagnosi*.

In questo lavorio diagnostico entrano come elementi fondamentali il tecnicismo dell'esame del malato; la coltura che ha insegnato il valore dei sintomi e ha raccolto nella memoria un certo numero di quadri morbosi; l'immaginativa che rievoca dalla memoria i quadri affini; la logica che sovrasta a ognuna delle suddette operazioni mentali: il sentimento di umanità dà vita al giudizio finale.

Tutte queste operazioni non si compiono isolate nello spirito del clinico medico; si fondono nella sua mente in una visione d'insieme, in cui l'*unità* dell'individuo sofferente si ricompone e

balza viva dalla coscienza del clinico. La formulazione della diagnosi rispecchia l'impressione che il soggetto infermo ha destato nell'animo del clinico. Tale la funzione della clinica medica: scrutare tutti i dati della vita d'un uomo, fonderli nell'insieme in un giudizio che rappresenti il presente, preveda il domani e indichi come modificarne il decorso.

Da ciò appare oltrepassata la rancida discussione se la nostra sia arte o scienza. Senza dubbio è scientifico il metodo che il medico adopera per raggiungere il suo scopo, e non solo nel procedere all'esame fisico del soggetto e alle analisi di laboratorio, ma anche nel confrontare tali risultati con i fatti riuniti e ratificati dall'esperienza clinica nella patologia: sono in sostanza tutti dati di fatti controllati e utilizzabili per l'induzione scientifica.

Nella cernita dei fatti osservati e delle ricerche ordinate, così come nella entità della coltura, entrano già fattori *personali*. Ma la personalità del medico assurge a funzione più elevata, veramente artistica, quando dalla valutazione dei dati obbiettivi s'innalza alla diagnosi, alla prognosi e alla cura.

Tutte le arti applicano postulati scientifici. Si differenziano per la proporzione varia con cui fondamenti scientifici e attitudini personali (geniali) entrano nel fare una creazione, cioè nel produrre cosa nuova.

Rispetto alle arti belle, la nostra arte ha un patrimonio scientifico assai ricco, ha fondamenti saldi nell'esperienza. Il progresso della medicina consiste nell'accrescere il patrimonio del sapere e i fondamenti delle analisi: allora da un lato lo sforzo personale per la diagnosi è minore, e il giudizio più sicuro perchè suffragato da prove, dimostrato.

La diagnosi però non sarà mai pura constatazione di fatti logicamente interpretati, perchè quanto più crescono gli elementi di fatto che il medico raccoglie, tanto più complesse divengono le situazioni morbose che il medico può considerare, cioè tanto più fini e più delineate sono le diagnosi che a lui s'impongono. Il coefficiente artistico è sempre necessario.

L'arte del medico si insinua nei meandri di tutte le scienze biologiche; nella commozione artistica, salda la larghezza del sapere con la delicatezza della pietà; *crea* allora la diagnosi, da cui derivano prognosi e cura.

La semplice analisi degli atti di cui si compone l'abituale opera del medico, lascia intendere quale somma di sapere, di tecnicismo, di immaginazione, di logica, di sentimento, essa richieda. Nè basta la somma di tante virtù, poichè il clinico deve unirvi la capacità artistica di raccoglierle tutte armonicamente nel suo spirito.

Qual mai uomo possederà al grado voluto, cioè al sommo grado, tanta perfezione? Ma oltre che nella fatale incompletezza della psiche umana le deficienze sono nella essenza stessa degli elementi che prendiamo a considerare e nei limitati criteri del nostro giudizio.

Rispetto all'anamnesi, le notizie famigliari sono sempre incomplete e incerte se il medico non può assumere informazioni dirette e controllate; i precedenti del soggetto sono esposti alle omissioni volontarie e involontarie e sono spesso falsati dalle impressioni che l'infermo ha delle sue sofferenze. La determinazione dei caratteri personali può basare su dati diversi, secondo gli autori. Chi si vale delle misurazioni dispone per certo di dati più precisi e comparabili. È il valore dei dati relativi alla personalità così sicuro e generale da prestarsi a deduzioni o serve semplicemente quale criterio induttivo? Un soggetto marcatamente longilineo sarà perciò tubercolotico o non piuttosto dovremo ancora considerare tale configurazione morfologica come argomento in favore della diagnosi di tubercolosi quand'essa risulti da altri argomenti?

L'esame fisico d'un soggetto e dei suoi organi non è mai del tutto completo, ma è più o meno determinato dalle presupposizioni diagnostiche. Di ricerche strumentali e di analisi di laboratorio si sogliono praticare quelle che sono indispensabili ed utili al caso: sarebbe impossibile fare in ogni caso tutte le analisi note, e neanche tutte le abituali. V'è di più: gran parte dei metodi di laboratorio riposano ognuno su conoscenze scientifiche molto fini e di speciale indole tecnica e quindi sono da pochi posseduti tutti in modo preciso: non riposano talvolta neanche su fondamenti saldi.

Non ci possiamo qui dilungare nella minuta disamina dei singoli elementi, derivati o dall'esame fisico diretto o dalle ricerche strumentali o da analisi di laboratorio. Pochissimi dati hanno valore patognomonico per la diagnosi. Ognuno di solito è l'espressione non di una, ma di parecchie condizioni genetiche: considerato come sintomo, si presta ad interpretazioni varie. Il clinico deve dunque non solo classificare l'importanza che ciascun dato assume nel caso presente, ma deve riconoscere per ogni dato il valore che acquista come sintomo in armonia con gli altri sintomi. Il medico deve eliminare dal calcolo quel dato che non è in rapporto con il processo morboso, ma è frutto d'un'accidentalità estranea.

La logica ha leggi indefettibili, è vero; ma nell'uso scientifico assume atteggiamenti un po' diversi secondo le materie. Noi abbiamo un bell'insegnare o pretendere che la logica deve essere severa, impassibile. Ma quando, come in medicina accade non di raro, uno dei fatti su cui im-

perniamo il ragionamento o non ha il posto principale che gli assegniamo, o non è preciso come a noi è parso, la conclusione sarà errata. Le conclusioni della logica, anche apparentemente rigorosa, sono pertanto incerte: basta che un fatto nuovo venga a spostare le basi del ragionamento perchè la conclusione cambi.

Si pretende che la logica sia impassibile, ma saremo impassibili noi nello stabilire la prevalente importanza dell'uno o dell'altro fenomeno, per cui si dolora e lamenta il soggetto che ci sta innanzi?

Quando, superate tante insidie dell'errore, il clinico ha fatto una diagnosi, non ha terminato la sua opera.

Il quadro morboso contingente racchiuso nella diagnosi dev'essere confrontato con i quadri clinici che costituiscono il frutto dell'esperienza clinica. Neanche quest'operazione è facile, perchè nessuna mente umana può abbracciare e ricordare tutto il materiale nosografico raccolto lungo i secoli per ogni malattia; lo stesso nosografismo è in continua revisione e perfezionamento. D'altronde l'insieme dei fatti constatati nel soggetto e armonizzati in una diagnosi, collimano di raro con la descrizione nosografica, perche le disposizioni individuali o le malattie pregresse o la concorrenza di cause patogene o la insorgenza di lesioni locali modificano il quadro della malattia e imprimono al caso concreto un aspetto alquanto particolare.

Da quanto abbiamo or ora esposto risulta che la complessità della casistica, il vario significato dei sintomi, il fragile fondamento scientifico di molti di essi, la inevitabile incompletezza della nostra esperienza, i facili inganni del ragionamento, le suggestioni sentimentali, rendono difficile e dubitosa l'opera nostra, e provano all'evidenza quanta parte di *personale* sia in ogni atto del clinico.

L'*equazione personale* ch'è altissima nell'opera del clinico spiega perchè vi siano, anzi debbano esservi tante scuole, diverse nell'indirizzo e negli stessi procedimenti. Io ho il dovere di indicare quale *fisionomia* ha assunto la nostra scuola nel movimento attuale. Ciò importa non tanto come professione di fede mia, quanto come indicazione del modo come sono istruiti ed educati i medici nella nostra Università. Infatti è nella Clinica medica, con questo vasto e complesso movimento di esami, di analisi, di valutazioni di fatti, di sintesi logica, di commozione di sentimento, di comprensione artistica, nella consuetudine di tre anni di corso, che si forma la mente e la coscienza del futuro medico.

Abituandosi a comprendere il malato, a sentirne le pene, l'allievo in sè sviluppa ed educa quelle doti di tatto e di devozione, di dignità e di sentimento, senza le quali il medico non conquisterà mai la simpatia e quindi la fiducia del malato. La elevazione dottrinale e insieme unanitaria hanno impresso nei secoli alla professione medica il carattere di sacerdozio.

Il campo della nostra attività è lo studio del malato. La individualità del malato sorge da una accurata anamnesi, si afferma nelle misure antropologiche, si svolge per la valutazione delle condizioni fisiche e dinamiche degli organi ed apparecchi, e, nell'emozione artistica che nasce dal sentimento, si concreta in una diagnosi. La nostra diagnosi è documentata, *illustrata* da tutti gli elementi raccolti nel lavorio preparatorio: non è l'etichetta posta sopra un processo morboso, ma la determinazione della forma e delle tendenze che il processo morboso ha assunto nell'individuo.

A questa sintesi diagnostica, alla cura, al decorso delle malattie e al controllo che viene dagli atti operativi e dalle autopsie, dedichiamo assiduamente, serenamente, intensamente le nostre lunghe giornate.

La riunione dei molteplici mezzi di indagine nel nostro Istituto ci consente le minute indagini che i progressi della specializzazione e delle scienze biologiche hanno arrecato alla clinica medica; ma i progressi dell'analisi noi facciamo servire al perfezionamento e alla documentazione della sintesi. La nostra clinica costituisce nella sua organizzazione un complesso unitario nel quale i processi morbosi individuati vengono seguiti con precisione di indagine in tutte le fasi che percorrono e negli effetti che producono.

La nostra scuola dedica così la somma delle sue forze a quel nosografismo che oserei definire *scientifico*, che ho abbozzato nel 1917 e che ho tenuto quest'oggi a mostrarvi nella sua realizzazione spirituale e materiale. Nello studio unitario dell'infermo, esso si collega alla tradizione di Morgagni, vagheggiata, ma non realizzata da Baccelli, alla grande obbiettiva tradizione italiana.

L'insegnamento di clinica medica così complesso nei suoi mezzi e nei suoi fini, così scientifico e così personale, pensereste voi forse mai che possa farsi con teorie, metodi, regole?

Non può svolgersi efficacemente se non mediante l'esempio che viene dal maestro; egli dev'essere davanti a tutte le difficoltà il modello delle migliori qualità del medico, nell'esercizio dell'arte e nella dignità della vita. Tutta la responsabilità di tale ufficio io ho sentito ogni giorno più profondamente; e ho sempre raddoppiato gli sforzi per corrispondere meglio che potevo all'altezza della missione.

La coscienza e la volontà non hanno fatto difetto.

. . . .

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CELESIA DI GENOVA-RIVAROLO.

Considerazioni sull'ernia recidiva a sede parainguinale.

Prof. MACAGGI G. B.
Direttore e Chirurgo Primario inc.

Nella classifica delle varie forme che può assumere l'ernia che si sviluppa nel canale inguinale, oltre al criterio anatomico della porta di entrata, per cui furono distinte le ernie oblique esterne, le dirette, e le oblique interne, a seconda delle tre fossette contro cui può far punta il processo erniario, anche un altro ne fu preso in considerazione relativamente alla porta di uscita. Avviene infatti, per quanto molto raramente, che talvolta l'orifizio per cui l'ernia inguinale si rende sottocutanea non sia l'anello inguinale superficiale propriamente detto, ma un foro anormale situato più o meno all'infuori di quello; foro che può derivare dalla congenita divergenza o acquisita disposizione a divergere di due fasci di fibre dell'aponevrosi del grande obliquo. Tale forma di ernia, che è solita far punta presso a poco sopra la metà del legamento di Poupart e che passa generalmente sotto il nome di « parainguinale », viene a mancare naturalmente dei due integumenti più appariscenti del sacco erniario inguinale; la fascia di Cooper cioè, quale emanazione dell'aponevrosi del grande obliquo, e la tunica cremasterica.

Perchè il sacco erniario sotto l'impulso del viscere emigrante dalla cavità addominale abbia ad essere spinto nel tessuto cellulare sottocutaneo per questa via, anzichè per quella più naturale e predisposta attraverso all'anello inguinale esterno, bisogna ammettere la protrusione di un'ernia che si spinga innanzi un sacco acquisito, ernia di forza o di debolezza secondo la si voglia considerare determinata da un eccesso della pressione interna o da un difetto di resistenza delle pareti addominali, ma svoltasi ad ogni modo sempre al di fuori od all'intorno di quella via che le avrebbe offerto il processo vaginale, congenitamente od altrimenti reso permeabile, poichè questa l'avrebbe necessariamente diretta lungo l'imbuto del funicolo spermatico.

Che il concorso delle segnalate condizioni anatomiche, le quali dispongono al fenomeno dell'ernia parainguinale, sia abbastanza raro, basterebbe a provarlo il fatto che mai finora ebbi ad incontrare casi del genere. Tanto è vero che anche in questo momento, in cui io mi sono indotto a fermare l'attenzione sopra tale forma speciale di ernia, mi trovo a doverlo fare solo in base alla osservazione di casi spurii.

Due di questi, specialmente simili, presentatisi a breve distanza l'uno dall'altro in questo ospedale, i quali presentarono le note caratteristiche dell'ernia parainguinale come sopra ho descritto, attrassero la mia attenzione e mi invogliarono a sottoporli all'altrui giudizio facendoli oggetto di qualche considerazione.

Si tratta di due erniopazienti, nei quali un anno circa prima fu praticata la cura cosidetta radicale alla Bassini in altro Istituto. Dico cura cosidetta radicale, pensatamente, perchè io credo che più che dai vari metodi chirurgici che sono oggi in onore nella terapia delle ernie, la radicalità della cura dipenda dalla natura delle ernie stesse. Mi pare pertanto che a conforto di questa mia opinione sprecherei tempo e parole se volessi indugiarmi a dimostrare a chi è già persuaso, che per una efficace cura d'ernia valga più la semplice escisione di un sacco congenito, senz'altro sapiente accorgimento di riparatrici suture che non la pratica più perfetta del metodo Bassini in un caso di semplice laparocele diretto, poichè appare evidente che in questo non si riesce a sopprimere la disposizione della parete addominale a cedere sotto l'urto della pressione interna, mentre nel primo si può ancora contare sulla sua validità, solo avendo eliminato coll'escisione del sacco la causa precipua di migrazione erniaria. Tuttavia davanti a qualunque caso di ernia inguinale che lasci meno speranza per la radicalità della cura chirurgica, io credo che il metodo Bassini più o meno modificato si imponga sempre, come quello che tende a ricostituire la condizione anatomica che più si avvicina a quella fisiologica del canale inguinale, e ciò almeno finchè sia giusto ammettere che all'arte, quando si prefigge per ideale la imitazione della natura, non si possa domandare di più.

Scendendo ora dalle vedute aprioristiche al caso pratico che è quello che ha dato motivo alla mia nota, resta ad esaminare nei casi di insuccesso quanto si debba attribuire alla forza maggiore « perchè a risponder la materia è sorda », e quanto invece al difetto della tecnica.

Ed infatti dall'esame attento dei casi riferiti fui portato a convincermi che la recidiva constatata nella forma speciale sopradescritta doveva addebitarsi in gran parte alla pratica difettosa del metodo Bassini. Caratteristica speciale di questo è il 3° tempo che riguarda la ricostruzione della parete posteriore del canale inguinale e che consiste, come l'A. stesso esponeva nella sua comunicazione fatta nel 1888 al Congresso Chirurgico Italiano in Genova, in questa pratica precisa, cioè:

« Nel 3° momento l'operatore devia, stirando in « alto, il cordone spermatico (e se occorre tira il « testicolo fuori dello scroto) e disseca la doccia

« che forma il legamento di Poupart fino ad un « centimetro al di là del punto ove il cordone « spermatico esce dalla fossa iliaca. Distacca poi « dall'aponevrosi del grande obliquo e dal con« nettivo adiposo presieroso il triplice strato for« mato dal muscolo piccolo obliquo e traverso e « fascia transversalis, prova che detto strato possa « essere senza difficoltà avvicinato al bordo po« steriore isolato della corda di Poupart e, ciò « fatto, cuce queste due parti per il tratto da 5 « a 7 centimetri dalla spina del pube in fuori fin « contro il cordone spermatico spostato legger« mente all'esterno. Resta così ultimato il 3° mo« mento dell'operazione e rifatta l'apertura in« terna, o addominale e la parete posteriore del « canale inguinale ».

L'esecuzione precisa di questo atto tende ad apporre agli strati più profondi (cellulare presieroso e peritoneo) uno strato muscolo-aponevrotico, la cui efficacia contentiva dovrebbe essere tanto maggiore quanto più intimo si riescisse a stabilire il contatto colle pareti retrostanti. A questo scopo mira appunto la precisa indicazione di fissare la sutura dei lembi riuniti del piccolo obliquo e trasverso e lamina transversalis al margine posteriore del legamento di Poupart. Ma come questo punto richiede delicata preparazione della parte e precisione ed una tal quale abilità nel maneggio dell'ago da portare profondamente, riesce bene spesso che la presa venga fatta più comodamente e sicuramente in alto o, per essere più precisi, più superficialmente del punto indicato (e cioè nella stessa porzione diretta dell'aponevrosi del grande obliquo) tanto che le anse dei punti così fissati vengono poi ad apparire nel cellulare sottocutaneo, più o meno all'esterno del pilastro laterale dell'anello aponevrotico, quando nel momento successivo si è finito di procedere alla sutura dei margini dell'incisione fatta nell'aponevrosi del grande obliquo.

Questo modo di agire, nel mentre allontana dalla sua missione la barriera muscolare destinata a proteggere immediatamente gli strati profondi, può determinare la usura del fascetto aponevrotico su cui venne fatta la presa ed aprire così lateralmente all'anello inguinale esterno naturale di cui si è curata la chiusura per quanto possibile, una nuova apertura aponevrotica, attraverso a cui, nel caso di recidiva, il viscere migrante dall'addome sotto l'influsso della pressione interna potrà spingere e rendere sottocutaneo un nuovo sacco.

In questo senso mi parve giusto di interpretare il meccanismo di produzione di due casi di ernia parainguinale caduti sotto la mia osservazione, ed è per questo che io li presento come spurii. Resterebbe così stabilito che, pur continuando a doversi ritenere rarissimi i casi genuini di tale varietà di ernia, non così raramente possa avvenire, ora che la cura chirurgica delle ernie si è tanto volgarizzata, che si presentino alla osservazione del pratico, colla forma parainguinale, delle recidive d'ernia curata chirurgicamente secondo il metodo Bassini od altro dallo stesso derivato in quanto implichi la sutura muscolo-aponevrotica sopra esaminata.

L'aver segnalato questo fatto io spero possa talvolta facilitare al chirurgo, cui si presentino simili eventualità, l'interpretazione del caso patologico e guidarlo così nella azione riparatrice più opportuna.

Senza rinunciare pertanto alle mie riserve circa la radicalità della cura chirurgica delle ernie in genere e delle inguinali specialmente come ho sopra accennato, mi parve un debito di giustizia lo scagionare il metodo propugnato dal compianto Clinico di Padova di fronte alla facile accusa di insuccessi e di complicanze che possono scaturire invece dalla imperfetta esecuzione della tecnica dallo stesso così precisamente formulata.

Novembre 1927

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA.

Sul trattamento dell'ulcera perforante

per il dott. BERNARDINO MASCI, aiuto chirurgo.

Le nostre conoscenze attuali sulla patogenesi dell'ulcera perforante, non sintomatica di una lesione midollare o della sezione di un tronco nervoso, sono così incerte come per il passato, per cui essa resta ancora accampata su delle ipotesi. Secondo i più si tratterebbe di una malattia distrofica da lesione del sistema nervoso (teoria neuritica di Duplay e Morat); secondo altri sarebbe in causa un'endoarterite obliterante delle arteriole (teoria vascolare di Péan); si è anche parlato di origine ossea, di ipertonia simpatica (Jaboulay), ecc. La teoria meccanica, difesa da Gosselin e Velpeau, è troppo semplicistica per poter essere presa da sola in considerazione.

Data la oscurità patogenetica, si comprende che è sommamente difficile arrivare ad un trattamento curativo logico, che non esponga alla recidiva. La maggior parte degli autori tende ad ammettere che l'ulcera perforante sia quasi sempre sintomatica di una lesione nervosa, centrale o periferica (mielite, tabe, sifilide, siringomielia, spina bifida, lesioni nervose traumatiche, nevrite alcoolica, saturnina, diabetica, leprosa, ecc.) e

che è impossibile arrivare ad una guarigione veramente definitiva.

I mezzi terapeutici finora proposti (riposo e medicature asettiche fino a cicatrizzazione dell'ulcera; medicature con brodi batterici locali; raschiamento; escissione seguita da sutura o da innesto all'italiana; stiramento dello sciatico alla Chipault; denudazione dell'arteria femorale alla Jaboulay; simpaticectomia periarteriosa alla Leriche; amputazione; ecc.) raramente provocano la cicatrizzazione permanente dell'ulcera; quasi sempre si tratta di cicatrizzazioni instabili, esposte alla recidiva, non appena il malato cammina e si affatica.

Di questi vari metodi curativi quelli più largamente impiegati sono stati due: quello di Chipault, cioè lo stiramento del nervo sciatico allo scopo di modificare il trofismo della regione sede dell'ulcera, e quello di Leriche, cioè la simpaticectomia periarteriosa della femorale, allo scopo di migliorare la circolazione nella regione dell'ulcera. Le operazioni nervose sono certo le più logiche, data l'influenza preponderante dei disturbi trofici di origine nervosa, come è confermato da diversi argomenti: 1) la coesistenza dell'ulcera con altre lesioni trofiche; 2) la prova istologica di una nevrite degenerativa esistente nei nervi vicini o distanti dall'ulcera; 3) la coincidenza clinica dell'ulcera perforante non soltanto con degenerazioni nervose periferiche, ma anche con lesioni centrali (ulcera perforante del periodo preatassico); 4) infine la sede dell'ulcera in punti differenti dalla pianta (mal perforante della palma della mano, Ferillon). Tuttavia l'entusiasmo e la larga statistica di successi riferiti da Chipault, sebbene confermati da Nussbaum, Chalais, Delagénière, Gérard-Marchant e tanti altri, non hanno trovato conferma negli altri autori che si sono occupati dell'argomento, tanto che dai più oggi una simile operazione è stata abbandonata. Qualcuno però le è restato fedele; fra noi il più autorevole è Giordano, che su un centinaio di casi, in tutti gli stadi, avrebbe ottenuto delle guarigioni press'a poco costanti.

Anche l'operazione di Leriche ha la sua ragion d'essere, per il fatto dei frequenti disturbi circolatorî della regione malata; ma i risultati finora ottenuti sono inferiori a quelli avuti con l'operazione di Chipault. Lo stesso Leriche lo riconosce, sebbene alcuni autori, come Kappis, Cottalorda, ecc., abbiano scritto recentemente che l'ulcera perforante sia uno dei trionfi della simpaticectomia periarteriosa. Noi pensiamo che se le pareti vasali della zona ulcerata sono profondamente alterate o, quel che è peggio, se il lume è obliterato, la simpaticectomia non può esplicare su di essi nessuna azione benefica, nel senso di farvi aumentare l'afflusso di sangue o di ripristinarvi la circolazione; tutt'al più può attivare la circolazione collaterale se i vasi circonvicini sono suscettibili di modificazioni del tono e dell'ampiezza del lume.

Partendo dal concetto patogenetico che l'inferiorità nutritiva dei tessuti sia la conseguenza e della innervazione difettosa e dei disturbi circolatorî, per cui neurosclerosi e arterite obliterante spesso si associano in questi ammalati; considerando che entrambe le operazioni, quella sui nervi e quella sui vasi, sono state seguite da successi, ho creduto opportuno associare i due atti operativi nei pazienti di ulcera perforante, con la speranza di raggiungere più sicuramente la cicatrizzazione stabile col correggere simultaneamente il difetto trofico e quello circolatorio. Finora i casi curati con questo metodo sono stati tre, pochi invero per poter formulare un giudizio definitivo, ma interessanti per il fatto che tutti e tre sono stati seguiti da cicatrizzazione rapida, perfetta e finora stabile dell'ulcera.

Il primo malato fu un religioso, cinquantenne, da me operato due anni fa nell'ospedale dei Fate-bene-fratelli, e sofferente da oltre cinque anni di ulcera perforante analgesica della pianta del piede, in corrispondenza della testa del primo metatarso. L'ulcera era circondata da un alone fortemente calloso, anestetico, e si approfondava fino al piano aponeurotico. Nessuna traccia di malattia nervosa; riflessi in ordine; nulla all'esame dell'urina.

Praticai nella stessa seduta: 1) simpaticectomia perifemorale (nel tratto fra arcata femorale ed origine della femorale profonda) con la tecnica di Leriche; 2) stiramento e schiacciamento del nervo tibiale posteriore nella doccia retromalleolare; 3) asportazione completa della callosità della pianta del piede, raschiamento dell'ulcera, causticazione con tintura di iodio e zaffamento.

Dopo nove giorni l'infermo era guarito sia delle lesioni chirurgiche che dell'ulcera, e al dodicesimo giorno dall'operazione lasciava l'ospedale camminando speditamente.

Ho seguito l'infermo per due anni e finora mai si è avuto accenno a recidiva. La pelle corrispondente al tratto ulcerato ha riacquistato la morbidezza e la solidità di quella delle parti circostanti.

Il secondo caso riguardava un uomo di 45 anni, luetico, con tabe incipiente, affetto da 3 anni da ulcera perforante della pianta del piede, in corrispondenza della testa del 3° metatarso. Un'intensa cura neosalvarsanica e bismutica, sistematicamente ripetuta, aveva fatto quasi scomparire i dolori folgoranti, ma non aveva apportato nessun miglioramento nello stato dell'ulcera.

Lo operai con le stesse modalità del primo caso (simpaticectomia, neurotripsia e raschiamento) ed ottenni la stessa rapida guarigione, che persiste dopo un anno e mezzo circa dall'atto operativo.

Il terzo malato, commesso, di anni 55, è stato da me operato nell'ospedale di S. Giacomo l'8 gennaio corr. a.

Bevitore, fumatore, luetico dall'età di 24 anni e curato con una sola serie di iniezioni di mercurio. Dalla moglie aveva avuto soltanto due aborti.

Era affetto da ulcera perforante, indolore, crateriforme, della pianta del piede dal maggio 1926. L'arto presentava le vene superficiali fortemente ectasiche, la pelle eczematosa alla gamba, le unghie notevolmente ispessite e friabili. L'esame del sistema nervoso era completamente negativo (periodo pretabetico?).

Pratico simpaticectomia perifemorale, stiramento del nervo tibiale posteriore dietro il malleolo interno, raschiamento dell'ulcera con escissione della callosità dei bordi. Guarigione rapidissima e completa, tanto che al 12° giorno dall'operazione l'infermo vien dimesso dall'ospedale, non avendo più bisogno di medicature e camminando speditamente.

L'ho rivisto in questi giorni: la guarigione si mantiene stabile. La cute che riveste la parte dov'era l'ulcera non presenta affatto traccia di callosità, è morbida, elastica e si approfonda a imbuto a rivestire la perdita di sostanza.

Tre soli casi, pur con esito concorde post-operatorio, non autorizzano certo a dettar leggi in tema di terapia; ad ogni modo la razionalità del principio curativo, la persistenza della guarigione dopo molto tempo dall'atto operativo fanno molto sperare da questa associazione terapeutica e consigliano a perseverare sulla via intrapresa. Certo i casi erano molto favorevoli; non ci nascondiamo che in altre circostanze, con disturbi trofici di tessuti molto più gravi, con invasione ed infezione delle ossa e delle articolazioni, il metodo possa non sortire il medesimo felice risultato (1).

Roma, maggio 1927.

---

(1) Nuovi casi in questo frattempo operati nel reparto Isolamento del Policlinico, diretto dal prof. Pontano, e guariti in pochissimi giorni, direi quasi per prima intenzione, anche quando le lesioni interessavano le ossa e le articolazioni, mi hanno maggiormente convinto della bontà del metodo, facendomi escludere che la semplice degenza a letto, come alcuni sostengono, possa di per sè sola determinare in così pochi giorni la cicatrizzazione delle ulcere.

SUNTI E RASSEGNE.

RICAMBIO.

Le vitamine: loro origine e natura.

(FORMICOLA. *Il Morgagni*, 4 settembre 1927).

Nel 1911 Casimiro Funk isolò delle sostanze indispensabili alla vita a dosi infinitesimali, cui dette il nome di vitamine. La loro scoperta è intimamente legata allo studio del Beri-beri. Il dott. Martin, direttore dell'Istituto Lister a Londra ove il Funk lavorava, pensava che il riso perlato fosse sprovvisto di un amino-acido, il quale si sarebbe trovato invece nella cuticola del riso. Funk continuandone le ricerche, constatò che il prodotto della idrolisi della crusca del riso dà, sotto l'azione dell'acido fosfotungstico, un abbondante precipitato nel quale è contenuta in totalità la sostanza capace di curare il Beriberi.

Centanni ha posto il quesito se le vitamine siano degli alimenti o dei catalizzatori.

Poichè esse agiscono potentemente a dosi minime, non possono considerarsi come alimenti, i quali sono però bene utilizzati solo in presenza delle vitamine: sarebbero dunque dei catalizzatori biologici aventi l'ufficio di predisporre l'alimento al fabbisogno dell'organismo.

Per la loro semplicità molecolare, l'assenza di capacità antigena, per la loro azione specifica e subitanea, per la loro azione oligodinamica sono state classificate fra gli ormonidi. Questo però non risolve il problema sulla loro natura, perchè non sappiamo neppure esattamente cosa sieno gli ormonidi.

Allo stato attuale delle conoscenze si ammette l'esistenza dei seguenti gruppi di vitamine:

1) vitamine A, vitamine solubili o di crescenza o antirachitiche (Mc. Collum e Davis);

2) vitamine B o antiberiberiche o antineuritiche (Mc. Collum e Davis);

3) vitamine C o antiscorbutiche (Mc. Carrison);

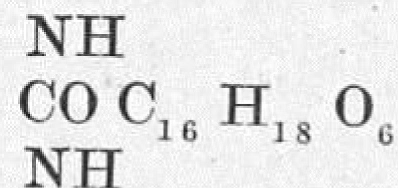
4) vitamine D di alcuni autori;

5) vitamine P o antipellagrose.

Accanto alle vitamine propriamente dette, azotate, vi sono le vitasterine o vitasteroli (A, E, F) non azotate.

La vitamina B, secondo Funk, sarebbe una base libera, del gruppo delle pirimidine, forse uno dei costituenti dell'acido nucleinico.

Avrebbe la seguente formula di struttura:



$$\begin{matrix} NH \\ CO\,C_{16}H_{18}O_{6} \\ NH \end{matrix}$$

Il principio antineuritico è facilmente solubile in acqua acidificata e nell'alcool diluito: insolu

bile nell'alcool assoluto, etere, acetone, benzolo, cloroformio; viene precipitato dal cloruro di bario e nitrato d'argento se le soluzioni di vitamine si alcalizzano con nitrato di bario. Le vitamine B sono dializzabili e stabili in contatto con gli acidi; molto sensibili all'azione degli alcali.

La vitamina C od antiscorbutica ha ricevuto il suo nome da Drummond. Holst e Frölich nelle loro ricerche nello scorbuto, trovarono che in un gran numero di alimenti naturali (frutta fresca, legumi, mele, patate, cavoli, carote fresche, succo di limone, latte, ecc.) è contenuta una sostanza protettiva contro lo scorbuto, che manca in altre sostanze. Tale sostanza, identificata poi con la vitamina C, è resa inattiva da una lunga cottura di essiccamento.

La vitamina C è solubile in acqua e nell'alcool debole e molto sensibile agli ossidanti. Chimicamente non ancora isolata, pare che in essa sia presente una combinazione doppia clorurata.

La vitamina A o liposolubile nonostante il suo appellativo sembra che si svolga nei grassi con molta difficoltà; è solubile in alcool e poco nei solventi dei grassi. Non è sensibile alla azione degli alcali il che la differenzia nettamente dalle altre vitamine.

Tetsmo Kagava riferisce di avere isolato dall'olio di fegato di merluzzo la vitamina A: liquido bruno, solubile, che riduce il $AgNO_3$, facilmente alterata dai raggi e dall'aria. Contiene l'85 % di carbonio e il 10 % di idrogeno; sembra che sia priva di azoto.

Finora non è stata dimostrata una relazione vera e propria fra vitamine e ghiandole a secrezione interna. Fanelli dopo una serie di ricerche ha concluso che il ricambio accelerato dall'estratto tiroideo viene migliorato o regolato dalle vitamine.

Un rapporto importante è quello tra vitamine e diabete. Nella polinevrite sperimentale si nota un aumento sensibile dello zucchero nel sangue e si sa che l'ingestione di sostanze ricche di vitamine B fa cadere l'iperglicemia degli animali in stato di avitaminosi. È questo un fenomeno analogo a quello che si produce nei diabetici sotto l'azione dell'insulina. Questa sostanza è ancora poco conosciuta, ma certo essa racchiude in sè molte sorprese. VICENTINI.

L'importanza del ricambio basale per la pratica giornaliera.

(F. BOENHEIM. *Med. Klinik*, n. 34, 1927).

Il consumo di energia di un individuo nel corso di una giornata dipende da numerosi fattori. Tanto più esso lavora, tanto maggiore è il suo consumo in calorie. Riducendo il lavoro si riduce anche il consumo di energia. Si arriva così ad un valore che non è possibile ridurre ulteriormente. Questo valore è il ricambio basale. Lo si trova quando l'individuo è stato per qualche tempo inattivo e non si è nutrito. Basta a tale scopo di solito il riposo della notte. Si calcola il ricambio basale, facendo inspirare all'individuo ossigeno da un recipiente e raccogliendo l'aria espirata in un altro recipiente riempito di uno speciale reagente. Il rapporto tra consumo di ossigeno e la formazione di acido carbonico è detto il quoziente respiratorio. Il quoziente respiratorio permette di calcolare il ricambio basale valendosi di apposite tabelle. Il ricambio basale è patologico se esso devia dal normale di più di 10-15 %. La tiroide influisce notevolmente sul ricambio basale: nel mixedema esso è diminuito (fino al 50 %), nella malattia di Basedow esso è aumentato. Nelle forme fruste di ipertiroidismo la determinazione del ricambio basale rende spesso possibile la diagnosi. Nei casi di gozzo la determinazione del ricambio basale dà buone indicazioni terapeutiche. Così all'epoca della pubertà nelle bambine si sviluppa spesso l'ipertrofia della tiroide; se coesiste un aumento anche piccolo del ricambio basale l'ipertrofia non è innocua e deve essere curata. Durante l'opoterapia tiroidea il controllo del ricambio basale permette di riconoscere a tempo quando sia necessario di diminuire o di sospendere a cura. Anche il timo ha influenza sul ricambio basale; esso lo diminuisce. Durante il climaterio il ricambio basale diminuisce del 15-20 % a causa dell'alterazione delle glandole genitali. La determinazione del ricambio basale permette di distinguere l'adiposità ipofisaria da quella di altro tipo (il ricambio basale è normale).

Nella cachessia ipofisaria il ricambio basale è invece diminuito.

POLLITZER.

L'ossaluria.

(P. CASTELLINO. *Riv. Ital. Terapia*, n. 9, sett. 1927).

Alle idee di Prout, che per primo, occupandosi dell'ossaluria, riteneva tale disturbo legato all'alterata funzione gastrica, si opposero quelle del Cantani, il quale considerò questo fenomeno come una speciale disposizione dell'organismo a fabbricare più che ad eliminare l'acido ossalico.

Egli divise l'ossaluria in due forme: una ipocondriaca, con dimagramento, un'altra di nevralgie con foruncolosi. Tali teorie non furono accettate da tutti, specie allorchè sperimentalmente si potè stabilire che non è la quantità di acido ossalico che forma l'ossaluria, ma la forma sotto cui viene eliminato con le urine.

L'acido ossalico nell'organismo è di natura endogena ed esogena. Quest'ultima fornisce l'acido ossalico mercè gli ossalati che si trovano negli alimenti, specie i vegetali (cacao, cioccolatto, pepe, acetosa, spinaci, fagiolini verdi, fichi secchi, ecc.).

Degli ossalati introdotti solo uno o due decimi vengono assorbiti; il resto viene distrutto dai batteri intestinali. Su tale assorbimento ha notevole importanza l'acidità gastrica; l'alcalinità dell'intestino ne impedisce l'assorbimento, modificandolo in ossalato di calcio insolubile.

Il Fittipaldi nega ai cibi la facoltà di determinare l'ossaluria, in quanto asserisce che per provocare tale alterato ricambio, bisognerebbe introdurre una quantità enorme di tali alimenti; ma questa ipotesi ha un valore relativo in pratica.

Vi sono degli alimenti i quali contengono l'acido ossalico allo stato potenziale — *sostanze ossaligene* — le quali sono trasformate facilmente in acido ossalico, così per es. la gelatina, che pel suo contenuto in glicocolla si può trasformare in a. ossalico. Tuttavia queste trasformazioni hanno bisogno d'un terreno costituzionalmente predisposto.

Ricerche sperimentali hanno provato l'esistenza dell'a. ossalico endogeno; infatti in animali a digiuno per 12 giorni, s'è trovato dell'a. ossalico nelle urine.

La provenienza di tale acido per via endogena è data dalla trasformazione di alcune sostanze, come il collageno, la metilglicocolla, la creatinina dei muscoli e forse l'acido glicocolico della bile.

Una fonte principale di produzione dell'a. ossalico, è data dagli idrati di carbonio, col loro metabolismo intermedio: e le recenti ricerche del Viale e Castagna pongono in viva luce l'importanza degli idrati di carbonio sulla genesi dell'a. ossalico, e l'effetto dell'insulina sulla riduzione di questo acido. Tuttavia queste conoscenze non sono sufficienti a risolvere il problema più vasto e complesso dell'ossaluria.

Tra le diverse opinioni in materia, si può asserire con probabilità che l'ossaluria, e quindi l'ossalemia, trovino la loro genesi in un fattore endogeno, e in via secondaria in un fattore esogeno, con il turbato ricambio intermedio di alcuni costituenti proteici e del metabolismo degli idrati di carbonio. Su questi fattori portano il loro contributo le fermentazioni microbiche intestinali, come ha asserito il Fittipaldi.

Il fattore principale quindi sta non nella quantità di acido ossalico eliminato nella giornata, ma nella forma con cui viene espulso. Infatti i cristalli piccoli, appuntiti, oltre ad arrecar lesioni alle vie urinarie, si possono riunire in ammassi, formando dei veri calcoli, i quali per la loro superficie ruvida facilmente provocano emorragie.

La diagnosi di ossaluria si basa quindi sui disturbi già notati, e sulla costante, persistente presenza di ossalati nelle urine, malgrado diete appropriate. La fenomenologia di questa diatesi è vaga; sintomi sicuri sono dati dal reperto uroscopico, e dai dolori lombari, a cui si aggiungono spesso irritazioni renali e ipereccitazioni neuromuscolari.

Si può domandare: perchè il sale calcico dell'acido ossalico, insolubile nelle urine, vi si trova disciolto in condizioni normali?

Tale stato di solubilità è legata al fosfato monosodico ed ai sali di magnesio, con scarsa quantità di calce.

In ogni modo il problema dell'ossaluria involge altri fattori più complessi ed ancora poco noti, in cui una sicura importanza hanno la costituzione organica e il metabolismo di alcune sostanze.

Da tutto ciò emerge che la terapia dell'ossaluria si fonda su due condizioni principali: il regime, escludendo gli alimenti ricchi di acido ossalico, e poi lo stato del tubo gastro-enterico, combattendo le dispepsie, le stipsi croniche, ed ogni infiammazione della mucosa, con frequenti lassativi, limitando la carne e gli idrati di carbonio, dei quali bisognerà vigilare il ricambio.

Per facilitare la dissoluzione della renella ossalica, è classico usare il fosfato acido di soda, secondo una di tali formule:

1) Fosfato bisodico gr. 4
Acqua di fonte » 300
Acido idroclorico puro gocce 5-6
Sciroppo semplice q. b. per edulcorare
(S. p. in 2 giorni, epicraticamente).

2) Fosfato bisodico gr. 25
Glicerina » 10
Acido cloridrico » 6
Acqua di fonte » 300
(S. p. 3-4 cucchiai al giorno).

3) Creosoto di faggio gr. 15
Glicerina » 100
Fosfato acido di sodio » 60
Vino di Malaga un litro
Tintura di noce vomica gr. 20
Acido cloridrico » 5
(Utile nelle dispepsie con flatulenze e fermentazioni viscerali. S. p. 2 cucchiai in acqua prima dei pasti).

4) Acido fosforico officinale gr. 10
Fosfato acido di soda » 40
Acqua di fonte » 400
(S. p. 2 cucchiai ad ogni pasto).

Al fosfato bisogna aggiungere i sali di magnesia-magnesia usta e carbonato di magnesia, alla

dose di 2 gr. al giorno, da solo o associato ad una delle formule con fosfato acido di soda.

A queste cure, si possono altresì aggiungere tutti quei rimedi che serviranno a sedare gli stati di ipervagoestesia o gli altri disturbi che si accompagnano all'ossaluria.

CARUSI.

GINECOLOGIA E OSTETRICIA.

La patogenesi e la diagnosi del « fluor genitale ».

(R. SCHRÖDER. *Deut. Med. Woch.*, 19 agosto 1927).

Allo scopo di sistematizzare questo importante problema l'A. ha cercato di riunire i dati di carattere chimico, fisico, istologico e batteriologico, rilevati durante i vari stadi della vita, dalla nascita alla vecchiaia, e durante la mestruazione la gravidanza, il parto e il puerperio.

Per parlare di fluor bisogna che al fatto subiettivo di umidore ai genitali corrisponda la constatazione obiettiva di una abnorme eliminazione di sostanze liquide, che lasciano macchie sulla biancheria. Il medico dovrà quindi constatare « de visu » lo stato morboso, esaminando attentamente, con l'aiuto dello speculum, tutte le sezioni dei genitali femminili, completando poi la ricerca con l'esplorazione manuale, e con l'eventuale prelevamento di strisci del secreto.

Lo schema al quale potrà attenersi il pratico nella ricerca etiologica del fluor è il seguente:

1) Fluor vestibolare.

a) fluor nervoso per ipersecrezione delle ghiandole vulvari, come si riscontra spesso nei soggetti sessualmente ipereccitabili, senza che concomiti alcun processo infiammatorio della vulva;

b) fluor infiammatorio (vulvite), riconoscibile dall'arrossamento diffuso o a chiazze della mucosa;

c) secondario a tumore (carcinoma, ecc.);

d) fluor secondario ad abnorme secrezione delle porzioni superiori.

2) Fluor vaginale, dovuto ad alterazioni qualitative e quantitative della secrezione dell'organo, senza compartecipazione della cervice.

a) vaginite primitiva, per lesione chimica o meccanica della parete vaginale, o per debolezza costituzionale. Si tratta in questo secondo caso, per lo più, di vagine ipoplasiche, in soggetti deboli, con epitelio scarso e povero di papille. Il glicogene è assai deficiente nella parete di queste vagine, diguisachè la flora normale non trova sufficiente terreno nutritivo per stabilire il grado di acidità fisiologicamente necessario a proteggere dall'invasione di germi patogeni estranei, ai quali è dovuta in secondo tempo l'azione flogistica. La parete di tali vagine è spesso tumefatta e granulosa, e la secrezione è a tipo purulento, pur non avendo nulla di comune con il processo gonorroico;

b) catarro desquamativo, nel quale si trovano condizioni del tutto opposte alle precedenti · vagina larga, con pareti spesse e flora batterica pura con acidità aumentata. Il secreto è abbondante, acquoso, biancastro;

c) secondario a tumore;

d) secondario ad abnorme secrezione delle porzioni superiori o ad abnorme apporto dall'esterno (per prolasso).

3) Fluor cervicale.

Poco conosciuta è l'esistenza di un fluor puramente nervoso, come si riscontra per lo più in soggetti vagotonici, ipoplastici, o con insufficienza ovarica. L'ipersecrezione cervicale è in questo caso indotta da cause puramente psicogène e da complessi rappresentativi e sensitivi, pei quali improvvisamente defluisce dalla cervice il secreto in quantità abnorme. La periodicità di tale ipersecrezione non altera la flora vaginale, e la sua presenza non è forse priva d'importanza per l'atto della coabitazione.

La diagnosi è fatta sulla base della mancanza di ogni fatto infiammatorio, o di condizioni morbose di tipo meccanico.

Infatti la causa più frequente del fluor cervicale è il catarro gonorroico della cervice, che provoca l'ectropion della mucosa, con conseguente facile ledibilità meccanica, con erosioni e macerazioni.

Con patogenesi eguale deve poi essere considerato il fluor cervicale secondario a carcinoma e a formazioni polipose.

4) Fluor del corpo.

In mancanza di una causa manifesta di secrezione purulenta nelle porzioni inferiori dei genitali, deve essere esplorato l'utero, il quale, specie nelle donne più anziane, si troverà in simili contingenze abnormemente grosso e molle. Si dovrà tuttavia ricercare la causa di un piometra in una stenosi cicatriziale, in un carcinoma o in un polipo.

Corrispondentemente alle varietà del fluor, anche la terapia sarà diversa, caso per caso.

Il fluor gonorroico richiederà una medicazione specifica, congiunta eventualmente a plastiche della mucosa ectropica, e a distruzione delle erosioni.

Nelle forme a base puramente nervosa riuscirà utile l'atropina, in dose di mgr. 0,5 2-3 volte al giorno.

Si porrà poi cura a ristabilire la produzione acida vaginale necessaria alla vita della flora naturale di questa regione, introducendo ogni 2-3 giorni 1-2 gr. di lattosio o di saccarosio in so-

stanza, preceduta eventualmente da applicazioni di sostanze astringenti e modificatrici, quali il nitrato d'argento al 2 %, e la tint. di iodio al 10 %.

Non saranno trascurate, infine, le lavande vaginali con soluzioni di acido lattico al 5 ‰, o semplicemente con bolliture di camomilla, la quale esercita buona azione astringente nel catarro desquamativo.

M. Faberi.

Un nuovo segno di gravidanza.

(B. Lörincz. *Münch. Med. Woch.*, n. 28, 23 settembre 1927).

Esplorando un utero gravido, si è spesso sorpresi dal fatto che questo si contrae sotto la mano, riacquistando dopo poco la sua consistenza molle. Secondo Winter questo sarebbe il segno più sicuro di gravidanza.

Allo scopo di provocare artificialmente tale variazione di consistenza, si è pensato di usare la iniezione di estratto di ghiandola pituitaria.

Höhne e Zorn impiegarono il « pituglandol ». L'A. ha invece preferito il « pituisan ».

La donna da esaminare viene esplorata bimanualmente, previo svuotamento della vescica e del retto, stabilendo la grandezza, la consistenza e la superficie dell'utero.

Si inietta poi per via endovenosa 1 cmc. di pituisan. Dopo 10-20 secondi appaiono delle contrazioni per le quali la superficie uterina dapprima si palpa uniformemente contratta, per apparire poi irregolare, rilasciandosi la contrazione su alcuni punti. Dopo 1-5 minuti tutte le contrazioni scompaiono, e l'utero riprende la sua primitiva posizione e consistenza.

In generale l'iniezione provoca dei disturbi nella donna: pallore, sudori, malessere e parestesie agli arti inferiori; ma tutto scompare nel termine di pochi secondi.

La ricerca riesce positiva tanto al 1° che al 3°-4° mese, e se si ripete dopo 4 settimane, la reazione muscolare è ancor più evidente.

Il metodo è di grande utilità allorquando il medico resta in dubbio nel giudicare se la tumefazione che percepisce appartiene a un utero gravido retroflesso. In tale caso l'iniezione è seguita da una contrazione nettissima e rapida, che spesso riesce a riportare per alcuni secondi l'organo nella sua posizione naturale.

In seguito ad un aborto si può infine, con le stesse modalità, trarre giudizio se l'utero si è svuotato completamente o solo in parte, in modo da procedere con sicurezza all'eventuale raschiamento.

M. Faberi.

L'acetonuria nella gravidanza extrauterina.

(O. Pritzi e J. Lichtmann. *Wien. Klin. Woch.*, n. 34, 1927).

L'acetonuria è dimostrabile durante la gravidanza normale e durante quella extrauterina.

Secondo Porges e Novak ciò sarebbe dovuto a insufficienza epatica. Ma è nel corpo luteo che si deve ricercare la causa prima del fenomeno, tanto è vero che nel periodo premestruale questa ricerca, come del resto le altre che si praticano per la gravidanza (ad esempio quella con la « maturina »), possono riuscire nettamente positive, costituendo una sorgente di errore diagnostico.

Altre fonti di errore possono essere rappresentate dalle cisti del corpo luteo, come pure dagli stati febbrili e da quelli di inanizione e di cachessia.

Per eseguire la ricerca, gli AA. consigliano di operare nel seguente modo: due giorni di dieta idrocarbonata abbondante (naturalmente ciò vale solo pei casi in cui la gravidanza tubarica sia sospetta, non certo per quelli in cui già sia avvenuta la rottura); dieta assolutamente priva di idrocarbonati nel giorno della ricerca; svuotamento della vescica col catetere, ripetuto per cinque volte, ogni due ore, cominciando dalle ore 13 in poi, e prova qualitativa dell'acetone col metodo di Legal.

I resultati ottenuti in 29 casi di gravidanza extrauterina, paragonati con 81 di malattie varie, furono positivi nel 90 %. La maggior parte dei resultati negativi fu potuta attribuire alle cause di errore sopracitate.

M. Faberi.

Il metodo di Kocher per la cura del prolasso genitale.

(C. Mayo. *Surg. Gyn. Obst.*, 1927).

L'A. ha usato con buon esito il metodo di Kocher e lo raccomanda vivamente. In quest'operazione, aperto l'addome con un'incisione mediana sottombelicale si tira in alto e si fissa alle pareti addominali l'utero in corrispondenza degli osti tubarici, fissando il peritoneo utero-vescicale al collo per evitare la eventuale formazione di ernie interne. Così anche il cistocele viene corretto perchè la vescica viene stirata in alto con l'utero. In caso di necessità si potrà completare l'operazione curando il rettocele. Quest'intervento è semplice, facile, e con pochi pericoli. Naturalmente è da riservarsi alle donne che abbiano superato la menopausa.

V. Ghiron.

TISIOLOGIA.

La diagnosi tubercolinica e serologica della tubercolosi infantile.

(BURHANS, *Journal American Med. Ass.* 1927, 15 ottobre).

La reazione cutanea alla tubercolina, introdotta in diagnostica da Pirquet nel 1907, è di natura allergica e si verifica solo negli individui sensibili, ossia negli individui infettati da bacilli tubercolari.

La reazione diventa positiva nei ragazzi da tre settimane a tre mesi dopo l'infezione, e tale rimane per tutta la vita, quantunque non poche osservazioni farebbero ritenere che la scomparsa della reazione sia tutt'altro che rara.

Come reagente si adopera la vecchia tubercolina di Koch.

I metodi suggeriti per praticare la prova sono numerosi:

1) *Metodo cutaneo di Pirquet.* — Dopo aver pulito con etere una certa parte della superficie flessoria dell'avambraccio, si applicano sulla cute due piccole goccie di tubercolina distanti tra loro circa 10 cm. Con una lancetta, preventivamente pulita e sterilizzata alla fiamma, si pratica una abrasione superficiale della cute nel punto medio tra le due goccie a scopo di controllo. Analoga abrasione si pratica attraverso le due goccie di tubercolina. Si fa essiccare per qualche minuto e si rimuove la tubercolina in eccesso, quindi si applica una fascia sterile. Si fanno osservazioni dopo 24 e 48 ore. Nelle reazioni positive si constata un'area di arrossamento e d'infiltrazione di circa 0.5-2 cm. di diametro intorno alle due abrasioni con tubercolina, mentre su quella centrale di controllo non si ha alcuna reazione.

2) *Metodo intracutaneo di Mendel e Mantoux.* — Si diluisce la tubercolina di Koch con soluzione fisiologica contenente il 0.5 % di fenolo e s'inietta nella cute dell'avambraccio. La diluizione iniziale generalmente usata è di 1:10.000 o 1·1000, e si inietta 1/10 di cmc. per modo che la quantità di tubercolina è rispettivamente di milligrammi 0.01 o 0.1. Nei casi nei quali si sospetta una forte reazione invece è meglio adoperare soluzioni a diluizione maggiore del millesimo. È prudente fare contemporaneamente per controllo un'altra iniezione di soluzione fisiologica fenolizzata o di brodo glicerinato.

La reazione infiammatoria di solito è più grande di quella ottenuta con il metodo cutaneo. Talvolta le reazioni sono così intense da produrre una larga zona d'indurimento, necrosi, linfoangioiti con ingrossamento e dolore delle glandule ascellari.

Se la prima prova è negativa se ne fanno altre con diluizione 1:100 e anche 1:10.

3) *Metodo sottocutaneo di Hamburger.* — È il metodo originale di Koch con la differenza che la interpretazione del risultato è basata non sulla reazione generale ma su quella locale. Si pratica con le stesse modalità del metodo intracutaneo. Le reazioni positive sono caratterizzate da indurimento e rossore della parte.

4) *Metodo percutaneo di Moro.* — Si spalma dolcemente una piccola area del petto o dell'addome con una pomata di 5 cmc. di vecchia tubercolina e 5 gr. di lanolina. Nelle reazioni positive l'area diventa iperemica e si copre di piccole papule rosse.

5) *Metodo congiuntivale di Wolff-Eisner e Calmette.* — S'instilla nel sacco congiuntivale in prossimità dell'angolo interno una soluzione all'1 % di tubercolina. Nelle prove positive quella parte della congiuntiva diventa iperemica e talvolta si ha lagrimazione e bruciore. Per ovvie ragioni questa prova non può essere praticata nelle persone con affezioni oculari o scrofolose.

6) *Metodo dell'autourina di Wildbolz.* — Non si tratta di una vera reazione tubercolinica, ma è basata sul fatto che urine di tubercolotici contengono una sostanza che dà una reazione cutanea positiva nello stesso individuo o in altri che soffrirono o soffrono tubercolosi. Si evapora al decimo del volume un campione di urina mattutina e si filtra. Si iniettano intradermicamente cmc. 0.05 del filtrato. La reazione positiva è simile a quella ottenuta con il metodo di Mendel e Mantoux. Essa è positiva solo nelle forme attive di tubercolosi.

La prova cutanea di Pirquet e quella intradermica di Mendel e Mantoux sono quelle che danno risultati più netti e minori inconvenienti.

La prova sottocutanea spesso dà reazioni atipiche di difficile interpretazione e può provocare gravi sintomi costituzionali e locali.

Con il metodo di Moro il dosaggio non è preciso e si possono avere reazioni gravi.

La prova congiuntivale è difficile a praticarsi nei ragazzi e talora produce gravi infiammazioni oculari, che possono recidivare ad ogni ulteriore iniezione di tubercolina a scopo diagnostico e terapeutico.

La prova dell'autourina secondo recenti studi non sarebbe specifica.

La scelta tra la prova cutanea e quella intradermica è basata essenzialmente sul grado di sensibilità che si desidera saggiare. La prova di Pirquet è uguale in sensibilità a mgr. 0.01 di tubercolina iniettata intradermicamente. Questo

ultimo metodo è preferibile negli ospedali: generalmente si comincia con iniettare mgr. 0.1 e si aumenta fino a 10 mgr.; quando anche con questa dose non si ha reazione la prova può considerarsi negativa.

Non è possibile determinare il tipo di bacillo infettante a mezzo della tubercolina umana o bovina, perchè ambedue danno le medesime reazioni con la medesima dose.

Durante il periodo d'incubazione della tubercolosi la reazione cutanea si sviluppa gradatamente. Le prove sottocutanee ed intradermiche, secondo i dati raccolti da Epstein, furono positivi da tre a sette settimane dopo il contagio, mentre quella cutanea cominciò ad essere positiva da 4 a 10 settimane dopo il contagio.

Nel corso di certe infezioni acute come nel morbillo e nell'influenza, c'è una depressione dell'allergia.

Le reazioni deboli nelle forme avanzate e gravi della tubercolosi non sempre sono dovute a depressione dell'allergia. In effetti la disidratazione dei tessuti e la debolezza circolatoria influenza fortemente le reazioni infiammatorie del genere in quistione.

In certe forme di tubercolosi dei bambini con sintomi di scrofola la reazione tubercolinica è sempre intensa. E poichè queste forme sono quelle che più spesso volgono a guarigione se ne è dedotto che la intensità della reazione deporrebbe per una prognosi favorevole.

Nelle reazioni intradermiche tipiche il rossore e l'infiltrazione sono nettamente limitate con un massimo d'intensità al centro, corrispondente alla puntura dell'ago.

Negli individui a pelle molto dura le variazioni si apprezzano meglio con la palpazione che con l'ispezione. La durata della reazione infiammatoria è molto varia: quelle deboli durano solo per uno o due giorni, quelle marcate anche una settimana. La pigmentazione dell'area può persistere per mesi e se si ha necrosi l'escara si può ottenere anche per lungo periodo.

Se il reagente adoperato è infetto si possono avere reazioni pseudopositive.

Qualche volta pochi minuti dopo l'iniezione si hanno macchie eritematose dovute a fatti vasomotori traumatici, la cui interpretazione diagno stica mette in imbarazzo se durano uno due giorni, specie se non sono accompagnate da infiltrazione. Talvolta si ha edema senza rossore. Alcuni individui sembrano sensibili alle piccole quantità di fenolo aggiunte alla soluzione o al brodo glicerinato. Queste reazioni però compaiono poche ore dopo l'iniezione.

La reazione tubercolinica è positiva solo negli individui infetti con bacilli di Koch. Il risultato della prova ed i sintomi ed i segni presentati dal paziente concorrono all'esatta diagnosi.

In molti bambini sotto i 3 anni la reazione è nettamente positiva, malgrado l'assenza di ogni lesione tubercolare in atto. Ciò si spiegherebbe col fatto che in detto periodo i bambini non hanno la capacità di localizzare le infezioni, forse in rapporto all'estrema permeabilità del sistema linfatico.

Comunque nei bambini i risultati della reazione tubercolinica agli effetti della diagnosi sono decisivi, nel senso che la reazione positiva deve fare ammettere senz'altro la tubercolosi, come quella negativa deve farla escludere.

La prova della fissazione del complemento risulta positiva solo in presenza di una lesione attiva, e quindi ha valore solo per determinare l'attività della malattia, ed in ogni caso i risultati devono essere interpretati con molta cautela.

La prova delle precipitine ha bisogno ancora di ulteriori studi essendosi osservato che i reperti relativi non sono sempre in concordanza con il risultato dell'esame clinico e radiologico. Come antigene si adopera la tubercolina che si fa colare sul siero del paziente posto in un tubo da saggio, ed in modo da evitare la mescolanza dei due liquidi. La formazione di un anello nel punto di contatto indica reazione positiva.

La prova della sedimentazione non ha vero valore diagnostico, ma serve solo ad indicare la gravità della malattia. L'acceleramento della sedimentazione dei corpuscoli rossi aumenta con l'aumento nel sangue di certe proteine, specie del fibrinogeno e della globulina. E poichè queste sostanze aumentano in tutte le infezioni l'aumento è proporzionale alla estensione del processo morboso, così la sedimentazione costituisce un indice prognostico.

DR.

Cute ed immunità nella tubercolosi. L'importanza dei cutivaccini nella cura della tubercolosi cutanea.

(A. RADAELI. *Giorn. italiano di Dermat. e Sifilogr.*, fasc. IV, agosto 1927).

Dopo aver passati in rassegna i varii dati sperimentali, clinici e anatomo-patologici che parlano per lo stabilirsi in genere di fenomeni immunitarii nell'organismo colpito dall'infezione tubercolare, l'A. tratta della funzione particolare attribuibile alla cute. Bloch eleva la cute alla dignità di organo a secrezione interna; Hoffmann ammette che, accanto a una funzione puramente protettiva esplicata dallo strato corneo, la pelle possieda anche una funzione di riassorbimento e

di elaborazione di antigeni e forse di produzione di anticorpi (la cosidetta « esofilassi »). Fra gli altri Bogendörfer, in ricerche eseguite sul contenuto di anticorpi della pelle, osservò che, mettendo a contatto piccoli pezzi di cute umana con tossina difterica, si otteneva una diminuzione del potere tossico di quest'ultima. Sono note poi, a questo proposito, le ricerche sull'immunità locale di Besredka. Cosicchè, nonostante opinioni non del tutto concordi di altri AA., resta pur sempre la constatazione della importanza della cute nel meccanismo dell'infezione e dell'immunità in alcune malattie.

Per quanto riguarda la tubercolosi, alla cute spetterebbe un'importanza non lieve nello stabilirsi dei fenomeni immunitarii: va all'uopo rilevata l'osservazione relativa alla rarità con cui negli infermi affetti da tubercolosi cutanea si rinvengono localizzazioni polmonari e come, allorchè queste esistano, non presentino tendenza ad estendersi e siano compatibili con una lunga sopravvivenza dell'inf. Talvolta la comparsa di una tubercolosi cutanea coincide con il miglioramento di forme polmonari anche gravi. Tali considerazioni hanno fatto parlare di mobilitazione di anticorpi attivi ed abbondanti da parte degli elementi cutanei stimolati dal processo tubercolare.

Traspare da ciò l'interesse che oggigiorno si riconnette al problema della terapia specifica della tubercolosi per via cutanea. Già il nostro Maragliano fin dal 1903 aveva introdotto un metodo di cura basato sulla creazione mediante bacilli morti di focolai periferici di flogosi tubercolare allo scopo di ottenere la produzione di più abbondanti materiali di difesa contro l'infezione.

Numerosi AA. moderni svilupparono tale concetto e, accanto ai metodi di vaccinazione intracutanea di Maragliano, Ponndorf, Moro, Petruschky e Löwenstein, altri se ne proposero basati sulla semplice frizione di materiale tubercolare sulla cute. Tali la Ektebin di Moro, il linimentum Petruschky, la Dermotubin di Löwenstein ai quali spetterebbe, almeno teoricamente, il vantaggio di svolgere la loro azione senza ledere menomamente la cute, permettendo così a questa di svolgere a pieno la sua azione di difesa.

L'A. nelle sue osservazioni personali ha largamente impiegata l'Ektebin di Moro. Come è noto questa è costituita da tubercolina e corpi bacillari uccisi col calore incorporati in eccipiente di lanolina anidra con aggiunta di una sostanza cheratolitica. La tubercolina a contatto di cute allergica determina una reazione infiammatoria esplicantesi sotto forma di un'eruzione papulosa: i bacilli penetrati nella cute verrebbero attirati in questi piccoli focolai reattivi, bloccati, attaccati, forse disgregati; in tal modo la cute sarebbe costretta a produrre non solo sostanze capaci di contrapporsi all'antigene tubercolinico ma anche ai veleni propri dei corpi bacillari. Tale il principio d'azione della Ektebin di Moro.

L'A. nelle sue ricerche si occupa dapprima della supposta importanza della cute nel meccanismo dell'immunità tubercolare, quindi dell'azione dei cuti-vaccini sui focolai di tubercolosi cutanea.

Per quanto riguarda la prima questione vengono riferite le osservazioni tratte dallo studio di 45 ammalati affetti da tubercolosi cutanea di vario tipo: lupus volgare, tubercolosi verrucosa, scrofulodermi. La cutireazione alla v. Pirquet, praticata prima dell'inizio della cura coi cuti-vaccini onde saggiare lo stato allergico della cute, risultò positiva nella massima parte dei casi. Non venne constatata l'esistenza di un rapporto tra grado di allergia cutanea e modo di reagire dei focolai cutanei al trattamento coi mezzi fisici (Röntgen, radium, Kromayer, neve carbonica): la sensibilità cutanea alla tubercolina risultò cioè del tutto indipendente dal modo di reagire delle chiazze di tubercolosi cutanea alle cure praticate.

Non potè del pari dimostrarsi alcuna apprezzabile modificazione dello stato allergico individuale in seguito a lunghi trattamenti fisioterapici di focolai di tubercolosi cutanea.

Circa poi il contenuto da parte del siero di sangue degli infermi in anticorpi devianti il complemento in presenza di antigene tubercolare, su 43 sieri esaminati si ebbero 37 reazioni negative e 6 positive. Il trattamento cutaneo con le frizioni di Ektebin non determinò aumento costante degli anticorpi devianti il complemento poichè, su 12 malati a sieroreazione negativa, soltanto 2 presentarono alla fine della cura una modificazione nel senso della positività.

Le ricerche sull'azione dei cutivaccini sui focolai di tubercolosi cutanea vennero eseguite impiegando il cutivaccino di Maragliano e l'Ektebin di Moro. Con quest'ultima vennero trattati 15 pazienti di tubercolosi cutanea e 1 di lupus eritematoso. Fatta precedere in ognuno la cutireazione con tubercolina umana e la prova della deviazione del complemento, si praticarono le frizioni sulle regioni del petto, dell'addome e del dorso osservando le reazioni generali, locali e di focolaio. Le singole frizioni — in numero di circa 6 per ogni ciclo di cura — vennero ripetute dopo la scomparsa della reazione locale: in media a intervallo fra loro di 1 mese o poco più.

L'A. descrive particolareggiatamente la reazione locale alle frizioni e il suo vario svolgersi per grado di intensità nei diversi soggetti, poscia

quella generale rappresentata da alterazioni dello stato generale (in genere fugaci e di scarsa entità) e dalla comparsa di eruzioni generalizzate, determinate, o per lo meno accentuate ed arricchite in elementi, dal trattamento con Ektebin Le reazioni di focolaio sulle chiazze lupose vennero osservate in 3 casi su 16.

Modificazioni in senso favorevole sulle chiazze di tubercolosi cutanea si ebbero in circa la metà dei casi opportunamente tenuti in osservazione per un congruo periodo di tempo. Peraltro non potè notarsi l'esistenza di un rapporto fra intensità della reazione locale, sua durata e estensione, e miglioramento dei focolai. Inoltre le modificazioni che il trattamento con Ektebin determina sui focolai di tubercolosi cutanea sono in genere soltanto temporanee. L'A. ha tuttavia potuto osservare che in seguito a trattamento con cutivaccini le chiazze di tubercolosi cutanea sembrano acquistare una maggiore sensibilità ai successivi trattamenti con mezzi fisici di cura.

Per quanto riguarda le modificazioni locali dello stato allergico cutaneo in seguito alla cura con Ektebin, intendendo per modificazioni locali quelle dimostrabili, sopra tratti di cute già frizionati, in seguito a cutireazioni alla v. Pirquet, l'A. antepone opportuni rilievi sulle difficoltà che possono opporsi a un esatto apprezzamento degli effetti inibenti o rafforzanti l'azione cutanea della tubercolina che alcune sostanze avrebbero qualora a questa fossero aggiunte. Già sono note, fra l'altro, le diversità nel grado di reazione alla tubercolina osservabili sulle diverse regioni del corpo in rapporto verosimilmente con la differente eccitabilità del sistema simpatico-vegetativo nelle varie regioni. Vanno poi tenute presenti le differenze di reazione che in uno stesso soggetto possono esistere in distretti cutanei varii, non determinati, per ragioni imponderabili (distretti cut. iperergici). Comunque l'A. non potè osservare che i tratti cutanei sottoposti a trattamento con Ektebin presentassero modificazioni allergiche locali: essi non si mostrarono iperergici in confronto alle zone cutanee non trattate.

Nel concludere l'A. si esprime ritenendo in base ai fatti osservati di non poter condividere l'ottimismo di coloro i quali vedono nella via cutanea la più sicura e più promettente di risultati per la introduzione nell'organismo di sostanze specifiche atte a determinare un aumento delle difese organiche verso l'infezione tubercolare. Dalle ricerche eseguite non è stato possibile dimostrare che la cute di per sè, direttamente stimolata, sia capace di elaborare anticorpi difensivi verso l'infezione tubercolare.

M. AGOSTINI.

L'antigene metilico di Boquet e Nègre nelle tubercolosi esterne.

(A. COURCOUX e A. BIDERMANN. *Journal méd. Franç.*, giugno 1927).

Gli AA. hanno usato l'estratto metilico dei bacilli di Koch, preparato da Boquet e Nègre, con un certo successo.

Tale estratto è soprattutto indicato nelle lesioni di vecchia data, suppurate e fistolizzate, ma si può farne l'applicazione in tutte le tubercolosi esterne, quando un'altra terapia non s'imponga. È controindicato nei tubercolosi polmonari con lesioni in attività ed espettorazioni bacillifere, ed anche in quelli in cui le lesioni sembrano sclerosate e non abbiano espettorazioni bacillifere.

Si usa per iniezioni sottocutanee, in ragione di 2-3 per settimana, iniziando con dosi deboli per saggiare la sensibilità dell'individuo. Con la diluizione al 1/10, si fanno 3 iniezioni di cmc. 0,4; 0,6; 0,8, eventualmente riducendole a 2 o ad una sola. Si incomincia poi con l'antigene puro (cmc. 0,1), aumentando di 1/10 di cmc. ogni iniezione; nei rari casi in cui si avesse una reazione si ripete la dose. Si arriva così a cmc. 1,5-2; dosi che si ripetono sino alla fine del trattamento. che deve continuare fino a dopo la guarigione clinica, in modo da evitare se è possibile, una ricaduta. Del resto esso può darsi per mesi ed anni.

Le reazioni osservate sono rare e consistono in; reazioni locali, disturbi dolorosi, placche di congestione, edema duro; reazioni generali: attacchi termici di importanza variabile; reazioni focali: attacchi congestivi in corrispondenza delle lesioni. Di solito però tali reazioni mancano (nel 90 %); soltanto nel 3 % poi esse sono importanti.

I risultati migliori si ottengono nelle adeniti; escluse quelle non suppurate antiche, in parte sclerosate, gli AA. ottennero il 72 % di guarigioni, il 13 % di miglioramenti ed il 13% di insuccessi.

Nei casi ad evoluzione favorevole. si ha un primo gruppo, che comprende il 60 %, in cui l'azione del rimedio è apparsa certa, in ragione della rapidità con cui la guarigione è stata ottenuta e degli insuccessi delle terapie dapprima tentate. Nel secondo gruppo, l'azione è sembrata incerta; le lesioni sono guarite soltanto dopo parecchi mesi o sono soltanto migliorate ed è quindi possibile ritenere che esse avrebbero avuto la stessa sorte anche senza trattamento.

Nelle tubercolosi cutanee, l'antigene agisce sulle lesioni a tendenza ulcerosa o vegetante di vecchia data, in cui costituisce un *disseccante* ottimo; meno evidente è l'azione nel lupus vulgaris. È però da rilevarsi che spesso i risultati ottenuti sono temporanei ed il processo tubercolare riguadagna di attività dopo ogni interruzione di trattamento.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

Fattori di guarigione spontanea nelle malattie infettive. Pubblicato a cura dell'Istituto Sieroterapico Milanese, 1927. L. 25.

Per iniziativa dell'Istituto Sieroterapico Milanese ogni anno un ciclo di conferenze su argomenti importanti e di attualità è tenuto da studiosi competenti; altra ottima iniziativa è quella di pubblicare, contro le torpide consuetudini italiane, raccolte in volume, le conferenze stesse, allargando la cerchia di coloro che possono ricavare grande utilità della istituzione.

Quest'anno l'argomento scelto è stato felice: *fattori di guarigione spontanea nelle malattie infettive.* Sono problemi che sembrano vecchi e risoluti con nozioni oramai stereotipate, problemi, ai quali la attenzione del medico raramente è richiamata nelle scuole, dai trattati, dai giornali; eppure hanno vitale importanza, poichè in essi si riassumono in massima parte le direttive della medicina curativa.

Perchè si guarisce dalle malattie infettive? perchè si è infettati e non si cade malati? perchè si diviene portatori e non malati? Che cosa è questo misterioso processo che dalla malattia porta alla guarigione, senza che l'agente morboso ne resti nemmeno danneggiato?

Le risposte sono affidate ai proff. Pepere, Kraus di Vienna, Vernoni, Belfanti, Trambusti, Francioni, Rondoni, Zironi, Schilling di Berlino.

Dalla lettura delle magnifiche conferenze i problemi si ingrandiscono e obbligano a riflettere, anche là dove un senso di scoramento deriva dalla incertezza e insufficienza delle nozioni attuali.

Al Pepere è affidato il compito di illustrare i reperti anatomo-patologici nei processi di difesa e di guarigione nelle malattie infettive.

Al Kraus l'esposizione sulle moderne vedute in tema di fagocitosi. Il Vernoni si occupa delle antitossine, il Belfanti delle emolisine, il Trambusti dell'immunità istogena, Francioni dei processi naturali di guarigione nella difterite, Rondoni nella tubercolosi, Zironi nel tifo, Schilling nelle malattie protozoarie.

Una serie adunque di nozioni generali e un tentativo di applicazione di esse in alcune malattie infettive (difterite, tubercolosi, tifo) e nel gruppo delle malattie protozoarie.

Io sono lieto di potere additare una armonica raccolta di lavori che appagheranno il desiderio degli studiosi; non si tratta di aride esposizioni ma di esposizioni vive, come l'argomento, vivo di interesse, lo comporta. I poteri di difesa sono sviscerati nella storia, nella intima essenza, nel loro significato, quale risulta dallo studio clinico e sperimentale. Quanti problemi ancora insoluti, quanta incertezza nel valore di quegli elementi che sembrarono per un momento accettati come i difensori dell'organismo nella lotta con gli agenti morbosi! quante ipotesi di lavoro! ancora si salgono i primi gradini di una interminabile scala!

Alla terapia viene così a mancare quella preziosa guida, che sarebbe derivata dalla conoscenza dei processi naturali di guarigione. Ma chiunque si occupi di medicina, e specialmente di malattie infettive, non può non attingere a questa preziosa raccolta, che è lucida sintesi delle moderne conoscenze, una spinta nel lavoro, che accoglie e riunisce gli ardimenti degli studiosi.

T. PONTANO.

DUDGEON L. *Bacterial Vaccines and their Position in therapeutics.* Londra, Constable e C.te, 1927.

È una monografia della collana edita sotto la direzione del Maclean di Londra, e tratta particolarmente della preparazione dei vaccini e del loro uso nelle varie malattie dei diversi apparati.

Ad una parte generale concernente i principi teorici sui quali si basa la vaccinazione e la produzione, standardizzazione e dosaggio di vaccini, segue un capitolo sugli autovaccini, sugli stock-vaccini e sulla proteinoterapia aspecifica. Nei capitoli successivi è trattato l'impiego di vaccini nelle infezioni generali, nelle malattie del sistema uro-genitale, dell'apparato gastro-intestinale, del naso, del faringe e dell'apparato respiratorio, della pelle, del tessuto connettivo e delle articolazioni.

La trattazione di ogni argomento è molto sommaria, e indirizzata particolarmente ad uno scopo pratico.

TR.

R. J. MEISSENBACH et G. DREYFUS. *Les Accidents sériques. Prophilaxie; traitement.* G. Doin éd., Paris.

Fa parte della collezione di attualità di medicina pratica, viene a proposito per riassumere al medico i reali pericoli e, non quelli visionari, delle cure seriche. Intorno ad esse si va formando una vera leggenda. Conoscere i pericoli, che poi sono ben lontani dalle esagerazioni moderne, cercare di prevenirli, saperli diagnosticare e curare all'occorrenza, sono gli scopi del volume, che è dedicato al pratico con un indirizzo che si traduce in lodevole opera di divulgazione.

T. PONTANO.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

V. PUNTONI. *La Rabbia*. Un vol. in 4° di 60 pag. con 12 fig. Monografia del Trattato Italiano di Igiene pubblicato sotto la direz. del Prof. O. Casagrandi. Unione tipografica editrice torinese. 1927. Prezzo L. 8.

V. DE GIAXA. *La Pellagra*. Un vol. in 4° di 119 pag. Ibidem. Prezzo L. 12.

Nella monografia del prof. Puntoni, vengono considerate l'epidemiologia, l'etiologia, la patogenesi, le lesioni anatomiche, le forme cliniche, la diagnosi istologica e biologica della rabbia.

Larga parte è fatta alla vaccinazione, di cui esamina i pregi e gli inconvenienti del metodo Pasteur, per passare poi alle modificazioni, fra le quali importante quella della fenicazione del vaccino col metodo dello stesso Puntoni, che offre notevoli vantaggi; uno fra questi, di grande significato per la pratica è la possibilità di usare il vaccino anche in Sezioni lontane dall'Istituto preparatore.

Un buon capitolo sulla profilassi e sull'impianto e l'organizzazione degli Istituti antirabici completa questa bella ed esauriente monografia, in cui sono anche da rilevare le nozioni pratiche che essa fornisce sulla condotta da tenere nei riguardi dell'individuo morsicato e dell'animale morsicatore.

Solo un maestro insigne quale il De Giaxa, che della *pellagra* si è occupato *ex professo*, poteva esporre con chiara precisione le innumerevoli e contrastanti teorie che cercano di definire l'etiologia della pellagra. Ed a questo l'A. dedica buona parte della sua monografia, riportando alla fine le prove in favore della sua teoria dell'autointossicazione intestinale conseguente all'alimentazione maidica, provocata da prodotti derivanti dall'attività biologica del B. coli nel contenuto maidico dell'intestino.

Piuttosto scarno è invece il capitolo sulla diagnosi, conseguenza, del resto, delle scarse, incerte e vaghe nozioni sull'argomento.

Con altri capitoli sulla storia, la diffusione, la predisposizione e la profilassi, si completa la trattazione di questa malattia che, forse in conseguenza delle mutate condizioni di alimentazione si trova ora da noi in un periodo di spiccata diminuzione.

fil.

G. O. LOTSY. *The radiographic diagnosis of bilharziasis*. Un vol. in 4° di 90 pag. con 22 tavole di radiografie e di schemi. Testo in inglese, francese ed arabo. H. Friedrich a. Co. Cairo, 1927.

L'A. espone nell'introduzione i dati parassitologici, anatomici e clinici della bilharziasi e studia poi particolarmente i caratteri radiografici delle infiltrazioni vescicali, degli ureteri e del rene.

L'argomento è di grande importanza, specialmente per i paesi dove la bilharziasi è diffusa, in quanto che le ombre provocate dalle uova calcificate di Schistosoma (l'A., non si sa perchè, dice sempre Schistoma) haematobium possono essere interpretate come calcoli e condurre a gravi errori di diagnosi.

I criterî e gli accorgimenti esposti nel capitolo della diagnosi differenziale e le belle tavole radiografiche saranno di aiuto prezioso per chiunque si occupi dell'argomento.

La traduzione in arabo è dovuta al Dr. Mohamed Kamel Sami.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

BATTONI ENRICO. *I buoni risultati ottenuti in un caso di tubercolosi polmonare curato con frizioni di Ectebina.* — Roma, Tip. Sociale, 1926.

BENASSI ENRICO. *Esperienze sulla vaccinazione antitifoparatifica per via cutanea.* — Milano, Stucchi, 1926.

ID. *Sull'importanza degli organi ematopoietici e dell'apparato reticolo-endoteliale nella produzione di sostanze immuni.* — Bologna, L. Cappelli, 1926.

BERTONE CARLO. *La cura chirurgica delle peritoniti da perforazione intestinale tifosa.* — Udine, Tip. Del Bianco, 1927.

ID. *La questione del trattamento chirurgico dell'angina di petto.* — Cormons, Tip. P. Moretti, 1927.

BILANCIONI GUGLIELMO. *Laringe e nervo frenico.* — Roma, Tip. « Le Massime », 1926.

ID. e ZANNI GIUSEPPE. *La vascolarizzazione della laringe come fattore predisponente di morbilità.* — Pisa, Arti Grafiche, 1926.

BRUNI NICOLA. *Avitaminosi e funzione complementare del siero sanguigno.* — Genova, Stab. Graf. Edit., 1926.

BRUSA PIERO. *Sieroterapia ed allergia congenita.* — Milano, Stucchi, 1926.

CALDEROLI INNOCENTE. *Labirintiti e prove funzionali del labirinto.* — Bergamo, Tip. Orfan. Maschile, 1924.

CERNEZZI ALDO. *Sul comportamento fisico delle soluzioni anestetiche iniettate nello spazio sottoaracnoideo.* — Bologna, L. Cappelli, 1926.

COSCI CESARE. *Osservazioni sulle lesioni traumatiche sottocutanee del rene con speciale riguardo alla commozione renale.* — Siena, Tip. Turbanti, 1926.

CROUZEL ED. *Aphorismes vécus.* — Paris, Edit. Revue Pathol. compée, 1296.

CUREVO-MÀRQUEZ. *Profilaxia y tratamiento del paludismo.* Comunicazione al I Congresso internazionale contro la Malaria. — Londra, 1926.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Malaria e gruppi sanguigni.

Rubaschkin, Moldawskaja e Pauli (*Arch. f. Schiffs- und Tropen-Hygiene*, 1927, n. 7) servendosi di sieri standardizzati, a potere agglutinante fisso, si sono proposti di studiare i reciproci rapporti tra malaria e gruppi sanguigni e le variazioni quantitative delle agglutinabilità nel corso del processo malarico. Hanno preferito al sistema del portaoggetti, come metodo di ricerca, quello della camera umida, meno soggetto a cause di errore.

Già altri ricercatori studiarono le percentuali di gruppi sanguigni in varie malattie (tumori, tubercolosi, malattie mentali), trovandole più o meno deviate dalla norma.

Ricercando su 636 malarici, gli AA. videro che aumenta considerevolmente nella malaria la percentuale di appartenenti agli agglutinabili dal gruppo IV, secondo questo schema:

	Normale	Nella malaria
Gruppo I . . .	34.6 %	23.4 %
» II . . .	34.5 %	32.5 %
» III . . .	22.7 %	23.6 %
» IV . . .	21.4 %	7.4 %

Da ciò appare che gli individui i cui globuli rossi vengono agglutinati dai sieri del gruppo IV, hanno una resistenza inferiore verso l'infezione malarica, così come già è risultato che l'avevano verso i tumori e la tubercolosi. Inoltre le deviazioni dalla norma in questo gruppo di malati (p.^o es. il comportamento variabile di fronte ai sieri standard) sono più costanti che negli altri gruppi.

Circa il secondo quesito, gli AA. hanno potuto stabilire:

1) che l'agglutinabilità degli eritrociti nella malaria è aumentata e che ciò si verifica in maniera più evidente nel corso dell'accesso febbrile;

2) che la curva dell'agglutinabilità cade insieme a quella della temperatura;

3) che, nello stadio di incubazione, l'ascesa della curva di agglutinabilità, che in certe circostanze (breve periodo di incubazione) comincia immediatamente dopo l'inoculazione, è il primo indizio dell'avvicinarsi di un periodo acuto;

4) che le variazioni di agglutinabilità che si verificano a carico del gruppo IV riguardano uno solo dei due agglutinogeni.

GARRONÉ.

Sui rapporti fra eritrocito e parassita malarico.

Le opinioni sulla posizione del parassita malarico in rapporto con l'emazia hanno variato nel tempo. Laveran riteneva che il parassita si trovasse *su* l'emazia mentre Schaudinn ammetteva che esso si sviluppasse all'interno della membrana cellulare.

C. D. De Langen e Luyke Roskott (*Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië*, v. 65, n. 2), hanno ripreso la questione e fanno rilevare che, con l'osservazione a fresco si ha l'impressione che il parassita non si trovi nell'interno dello stroma, ma bensì come accollato alla superficie. Del resto ai tempi di Schaudinn si riteneva di poter spiegare l'accrescimento concentrico degli anelli e delle forme più avanzate per il fatto che il parassita si trovava appunto nell'interno dell'emazia ciò che, con le concezioni moderne sulla struttura e sullo stroma dell'emazia stessa, non sarebbe più possibile.

Si ammette oggi che la membrana delle cellule, e quindi anche quella delle emazie, sia in gran parte composta di una miscela di lipoidi fra cui principalmente di colesterina e di lecitina ed è possibile allontanare la prima e lasciare la seconda mediante una soluzione isotonica di glucosio, mentre si può ottenere il viceversa usando la soluzione di Ringer. Gli AA. hanno appunto fatto delle esperienze lavando delle emazie parassitate con la soluzione di Ringer e rilevando che, dopo tale procedimento i parassiti erano in massima parte scomparsi dalle emazie e si trovavano in parte liberi. Mentre prima si trovavano 10 emazie parassitate su 400, dopo se ne trovava a mala pena una su 4000.

Da queste e da altre ricerche gli AA. vengono alla conclusione che il parassita malarico durante il suo sviluppo si trova *sulla* emazia oppure nella membrana lipoide che lo ricopre. Ciò si può ritenere sicuro per la terzana primaverile e così pure per quello stadio del parassita estivo-autunnale in cui esso si trova alla periferia.

Gli anelli dell'estivo-autunnale aderiscono più saldamente che non il parassita della terzana. La lavatura con la soluzione di Ringer non ha nessuna influenza sulla colorabilità del parassita.

fil.

SEMEIOTICA.

Sul pneumoperitoneo.

Il pneumoperitoneo, così come il pneumo-rene, ha lo scopo, con l'introduzione di un mezzo di contrasto negativo gassoso nella cavità peritoneale, di circondare e mettere in evidenza gli organi endo-addominali avvicinandosi così alle condizioni favorevoli di visibilità naturali del cuore e dei grossi vasi sul campo trasparente gassoso, polmonare.

È noto come varii siano i gas adoperabili: l'anidride carbonica, l'ossigeno, l'azoto e l'aria atmosferica.

Bianchini (*Archivio di Radiologia*, anno III, fasc. I) si dichiara favorevole per l'ossigeno, perchè facile sopratutto a rinvenirsi e, per sua natura, sterile. Circa il punto di iniezione, fra i vari proposti, l'A. preferisce la puntura sulla linea alba, per l'indiscutibile vantaggio di mettere fuori l'eventualità di ferite vasali di una certa importanza, essendo detta zona sprovvista di vasi. Penetrati nella cavità peritoneale, rimane il quesito: quanto gas bisogna introdurre? L'A. ritiene che la cifra possa aggirarsi fra i 1500 e 2000 cmc.: del resto le variazioni in più o in meno sono suggerite al radiologo, volta per volta, da più fattori obiettivi e subiettivi, fra i quali, prima di tutti, il grado di tensione raggiunto dalla parete addominale e gli eventuali disturbi accusati dal paziente.

Due-tre giorni al massimo dall'introduzione sono in genere sufficienti perchè il peritoneo assorba l'ossigeno introdotto, ma ad evitare in ogni caso inutili e possibili sofferenze ai pazienti, l'A. è del parere di estrarre il gas, alla fine della seduta radiologica, pungendo di nuovo nel modo più franco ed innocuo la parete addominale, adoperando un ago comune di calibro leggermente superiore.

L'A. ha iniziato il suo studio dai due organi endo-addominali che più si prestano ad una indagine fruttuosa col pneumo-peritoneo, cioè il fegato e la milza, per poi fare uno studio generico delle tumefazioni dell'addome, sia della parete che dei visceri in esso contenuti (escluso il fegato e la milza) per le quali l'indagine indiretta Röntgen può chiarire delle difficili questioni diagnostiche, spesso insormontabili per altra via.

Tutte le modificazioni di forma e di volume del fegato, siano esse dovute a causa extra- o intra epatiche sono descritte dall'A. rilevando per ognuna di essa quasi sempre aspetti patognomonici speciali. Di utilità indiscussa appare sopratutto il pneumoperitoneo nella diagnosi delle cisti di echinococco del fegato, a sede periferica. Quelle della cupola sollevano il diaframma sovrastante adattandolo alla loro forma e grandezza, per cui l'ombra emisferica viene ad estrinsecarsi nel campo basale del polmone corrispondente. Il gas, distaccando il fegato dal diaframma, mostra la sede esatta della cisti.

La stessa direttiva di studio è seguita dall'A. nell'esplorazione della milza, giungendo alla conclusione che anche per quest'organo il pneumoperitoneo può apportare il suo valido aiuto nella diagnostica delle affezioni spleniche.

Nella diagnosi dei tumori dell'apparato digerente, il pneumoperitoneo acquista valore, solo per quelli estrinseci al tubo digerente: con tale metodo infatti è possibile l'interpretazione diagnostica, se non di natura, per lo meno di sede di molteplici affezioni endoaddominali, sia che riguardino la parete, sia il contenuto con tutti i suoi organi.

Nelle affezioni degli organi retroperitoneali, il pneumoperitoneo non avvantaggia di molto il diagnostico; ciò almeno in alcuni casi è facile a comprendersi, quando si pensi che il gas introdotto venendo a trovarsi in un piano anteriore, di conseguenza viene a mancare la possibilità di creare un'atmosfera gassosa intorno all'organo da esaminare.

Ciò nondimeno vantaggi se ne ritraggono, e talvolta preziosi, rimanendo così anche in questo campo il pneumoperitoneo il solo ed unico ausilio per un'impostazione diagnostica.

Mentre infine il pneumoperitoneo dà poco più di quello che si può ottenere col semplice pneumo-Retzius nell'esplorazione della vescica, al contrario per l'utero e per gli annessi si dimostra di una utilità indiscussa.

A. POZZI.

Diagnosi delle ernie diaframmatiche

Sintomi funzionali. Dolori all'epigastrio o nell'ipocondrio destro, aumentati dall'ingestione di alimenti e diminuiti da vomiti. Disturbi gastrici non caratteristici, salvo per i vomiti che sono frequenti, ripetuti, quotidiani, raramente sanguinolenti; così pure per i disturbi intestinali (coliche, diarrea, costipazione, melena). Si possono avere disturbi cardio-polmonari (tosse secca, crisi di dispnea, palpitazioni, sincopi, accessi di singhiozzo). Carattere importante è che tutti questi sintomi sono aggravati dallo stato di replezione gastrica.

Segni fisici. Alla palpazione si rileva talora deviazione dell'urto della punta verso destra ed abolizione delle vibrazioni sopra una parte dell'emitorace. Alla percussione si può trovare alla base sinistra una sonorità timpanica od una ot-

tusità anormale. All'ascoltazione uno spostamento dei toni cardiaci verso destra od un indebolimento di essi; indebolimento del murmure vescicolare, dei soffi, rumori anormali gastrici o intestinali. Come carattere fondamentale, questi segni hanno quello di essere variabili nello stesso malato, per la posizione o per l'ingestione di alimenti.

In conseguenza dell'ostacolo all'alimentazione e dei vomiti ripetuti, si ha spesso rapido dimagrimento e stato di astenia. Clinicamente, i disturbi compaiono sotto forma di crisi separate, corrispondenti ad accessi di occlusione gastrica od intestinale leggera e che si risolve spontaneamente. La durata dell'ernia diaframmatica è estremamente variabile; si può qualche volta avere la morte in pochi giorni per sincope, per accesso di soffocazione, per asistolia, oppure morte lenta per dimagrimento progressivo, cachessia o per malattia intercorrente.

La complicazione più frequente e temibile è lo strozzamento. La diagnosi si fa essenzialmente con i raggi X, sia con l'esame diretto, sia dopo il pasto opaco. È necessario ripetere gli esami, facendo variare la posizione del malato e l'incidenza dei raggi.

Il trattamento, unicamente chirurgico, deve non solo ridurre l'ernia, ma anche chiudere la breccia diaframmatica. L'intervento, nel caso di strozzamento, è estremamente grave; facendo invece l'operazione a freddo e con una tecnica ben regolata, il successo è assai probabile.

(*Journal des Praticiens*, 26 febbr. 1927).

fil.

CASISTICA E TERAPIA.

Osservazioni cliniche sull'endocardite batterica subacuta.

La diagnosi clinica di questa forma morbosa può essere difficile, qualora facciano difetto i sintomi più comuni.

Sessantacinque casi sono stati raccolti e studiati da L. M. Hurxthal (*Bost. Med. Sur. Journ.*, vol. 197, n. 2, 1927), il quale espone i seguenti dati sintomatologici:

1) Segni e sintomi respiratori. Furono trovati presenti nel 75 % dei casi, e sono rappresentati da dolori al torace, in relazione a fatti congestizi per stenosi mitralica o debolezza del miocardio, oppure, più di rado, a processi embolici ed infarti.

Qualche volta il dolore toracico è riflesso, per infarto della milza, accompagnato o no da perisplenite. L'infarto può aver punto di partenza dal cuore destro, od anche dal sinistro, ed allora è più piccolo ed occupa le arterie bronchiali;

2) Segni e sintomi cardiaci. L'esistenza di un vizio valvolare non è condizione assoluta per la diagnosi di endocardite batterica. Talora si ha un dolore precordiale, talora il dolore è irradiato alla spalla destra o sinistra. Questa sindrome dolorosa è spesso in rapporto a lesioni aortiche.

Nel 25 % dei casi fu poi ritrovata anche una pericardite.

La tachicardia è un fatto costante, ma in qualche caso si hanno periodi di frequenza del tutto normale.

L'immagine elettrocardiografica è per lo più inalterata;

3) Sintomi addominali. Nel 17 % dei casi furono accusati dolori ai quadranti addominali superiori, insorti all'improvviso, e in rapporto a fatti embolici, specie del rene.

La splenomegalia è assai frequente e precoce;

4) Sintomi renali. Sono rappresentati dalla glomerulonefrite (1/3 dei casi) e dagli infarti (1/3 circa dei casi).

L'ipertensione è invece un fatto raro, e in rapporto con insufficienza aortica;

5) Sintomi nervosi. Questi non sono estremamente rari, e rappresentano la conseguenza degli infarti cerebrali. Tali sintomi appaiono talora precoci, e possono simulare anche degli stati meningei;

6) Sintomi ematologici. Il numero dei globuli è estremamente variabile, e la variabilità può essere constatata anche nello stesso soggetto, da un giorno all'altro.

Importante è la comparsa dei macrofagi, grossi elementi di origine endoteliale, che si distinguono dai grandi mononucleati per la presenza di pseudopodi, vacuoli, inclusioni di globuli rossi e bianchi. Nella malattia possono però apparire anche dei grossi mononucleari a funzione fagocitaria.

Tutte queste forme sono patognomoniche dell'endocardite.

In genere si trova poi un'anemia secondaria, spesso grave, e un aumento delle piastrine;

7) Dolori alle ossa e alle articolazioni delle estremità furono ritrovati nel 30 % dei casi, e la loro resistenza alla cura salicilica deve destare sospetto per la forma endocarditica;

8) Le dita a bacchetta di tamburo sono anche un'evenienza non rara. Per distinguerle dalle malformazioni congenite delle dita sembra abbia valore la presenza, nel caso di endocardite, di un orletto roseo di cute intorno al margine ungueale, unito ad una certa sensibilità della punta delle dita;

9) Manifestazioni cutanee. In più del 50 % dei casi si possono trovare petecchie, di origine embolica, come pure di tale origine sono delle piccole macchie, rosse o rosee, di 2-4 mm. di diame-

tro, che si riscontrano di preferenza sulla pianta delle mani e dei piedi e sui polpastrelli.

I nodi di Osler sarebbero invece piuttosto rari.

M. FABERI.

Ipertensione e iperglicemia.

H. Mohler (*Journ. A. M. A.*, 24 gennaio 1925) avendo studiato 46 pazienti glicosurici, con una pressione arteriosa sopra 150 mm. Hg., in età da 30 a 70 anni, osserva che tutti erano più o meno obesi, che per molti si trattava di vero e proprio diabete, che molti avevano albuminuria e cilindruria.

Ritiene che disturbi endocrini possono cagionare glicosuria, obesità, e ipertensione, senza arteriosclerosi.

L'ipertensione non ha rapporto diretto col diabete, ma dipende da altre cause.

L'obesità favorisce la sclerosi di vari organi, donde l'ipertensione e l'alterato ricambio dei carboidrati (ma non di rado l'obesità è conseguenza dell'alterato ricambio dei carboidrati. *N .d. R.*).

DORIA.

Sulla ipertensione essenziale.

J. Paullin (*Journ. A. M. A.*, 18 sett. 1926) dallo studio di 76 casi trae le seguenti conclusioni.

La mortalità è assai più alta negli uomini che nelle donne. L'insufficienza miocardica si presenta più spesso dell'emorragia cerebrale, ed è frequente causa di morte.

Le lesioni renali sono generalmente lievi e tardive (almeno nei casi dell'A.). L'ipertensione delle donne prima della menopausa è generalmente benigna. Il solo studio della pressione poco aiuta nella prognosi, occorrendo a tal uopo lo studio completo del malato, e specialmente la conoscenza dello stato del cuore e dei vasi.

DORIA.

La cura della ipertensione parossistica.

Laubry (*Gazette des Hôpitaux* (10 sett. 1927) riferisce un caso in cui delle violenti crisi di ipertensione parossistica sarebbero state guarite in modo completo, in seguito ad applicazioni di raggi X sulle regioni soprarenali. L'A. fece due serie di applicazioni; una prima serie di quaranta sedute seguita da un altro ciclo di ventiquattro applicazioni. Il paziente che aveva avuto per sei mesi consecutivi prima della cura delle penosissime crisi, stette in seguito perfettamente bene.

L. TONELLI.

La cura dei disturbi cardiaci di origine tiroidea.

Read (*Journal American Medical Association*, 1927, 13 agosto) ricorda che i disturbi cardiaci riferibili ad affezioni tiroidee possono dipendere da ipotiroidismo, ipertiroidismo ed essere secondari ai disordini respiratori da compressione delle vie aeree.

L'ipotiroidismo non sempre provoca disturbi cardiaci, anzi è dubbio che ne provochi. Il cuore da mixedema, con polso debole e lento, è raro. Viceversa Christian sostiene che il manifestarsi dell'ipotiroidismo in individui con vizi valvolari o altre cardiopatie determina un miglioramento dei disturbi circolatori.

Nell'ipertiroidismo il sintomo circolatorio essenziale è la tachicardia, che provoca secondariamente per eccesso di lavoro la stanchezza e la dilatazione del cuore. La terapia deve essere indirizzata a risparmiare il muscolo cardiaco, con il riposo, i medicamenti calmanti e rallentatori del ritmo. La chinidina si è dimostrata un ottimo medicamento. D'altra parte occorre combattere la causa con tutti i procedimenti atti a ridurre l'iperattività tiroidea, ricorrendo, se del caso, anche all'intervento chirurgico.

I disturbi cardiaci dipendenti dalla difficoltà respiratoria sono dovuti a compressione da parte della tiroide ingrossata sulla trachea. Anche quando non v'è ipertiroidismo in tali casi il sintoma più imponente è la tachicardia dovuta verisimilmente ad adattamento funzionale. In tali casi il trattamento che s'impone è quello chirurgico.

DR.

QUESTIONI D'ATTUALITÀ

Il riso nell'alimentazione.

Il riso non è ancora largamente entrato nelle abitudini alimentari italiane. Oltre alle regioni meridionali ed insulari che hanno avversione ad esso, in parte perchè non lo sanno preparare a dovere, anche altrove il consumo del riso non è quello che dovrebbe essere soprattutto in ragione forse di molti pregiudizi che persistono tuttora su di esso. In favore di questo alimento, che ha anche il vantaggio di essere di produzione italiana e di costituire una coltura rimunerativa, ha parlato in una conferenza alla Clinica del Lavoro di Milano, il prof. L. Devoto, che ne ha scritto anche su *Federazione medica*, indicando come parlerà un medico nella « giornata del riso » (19 febbraio 1928), che egli, col dott. F. Angelucci, ha proposto allo scopo di valorizzare a dovere questo nostro alimento.

Il riso è stato avversato da medici ed igienisti perchè si riteneva che la sua coltura fosse indissolubilmente legata alla malaria e rappresentasse quindi una grave iattura per le popolazioni. In seguito, lo studio delle malattie da avitaminosi, specialmente del beri-beri, dovuto all'uso di riso troppo raffinato, ha contribuito a dare al medico,

e di riflesso anche al pubblico, l'impressione che il riso fosse un alimento incompleto ed insufficiente.

Anzitutto è da sfatare il pregiudizio che la risaia sia il sinonimo di malaria; il florido stato delle popolazioni nei nostri maggiori paesi risicoli dimostra il contrario; l'igienista deve dunque vedere di buon occhio il diffondersi di questa coltura — purchè circondata dalle necessarie cautele — la quale permette di sfruttare molti terreni che altrimenti rimarrebbero improduttivi. La risaia inoltre esige una notevole mano d'opera e, oltre a fruttuose rotazioni agrarie, può essere accompagnata dall'allevamento del pesce, arrivandosi a realizzare annualmente un quintale e mezzo per ettaro di carpe a specchi, allevate nella risaia. Anche l'industria dei sottoprodotti del riso (lolla e farinaccio) sarebbe molto redditizia; purtroppo, essi vanno in massima parte all'estero, come prodotti grezzi e ci ritornano sotto forma di specialità alimentari o di profumeria, con un prezzo più che decuplo di quello dei primi.

Ma ancora più interessante per il medico è il combattere i pregiudizi che si hanno sul valore alimentare del riso. Da più parti si è detto che il riso è povero di albumine; alcuni dei trattati stranieri, a cui troppo spesso noi attingiamo, segnalano poi a torto che i risi piemontesi e lombardi sono poco apprezzati per il loro sapore aspro e le loro impurità (*sic!*).

Questi dati non sono esatti. Le analisi del riso ci danno:

	Riso sbramato %	Riso brillato %
Umidità	13,87	13,70
Grassi greggi	2,25	0,44
Proteine gregge	9,53	8,39
Cellulosa greggia	1,80	0,70
Ceneri	1,43	0,58
Sostanze estrattive	71,11	76,19

Come si vede, il contenuto in albumine, non è scarso. Queste albumine, poi, hanno un grande privilegio, che le mette al disopra di tutte le altre provenienti dal regno vegetale, in quanto che sono più affini, più omologhe nei loro aminoacidi alle albumine dell'uomo e più vicine, quasi identiche a quelle della carne, dell'organismo vivente.

E, in confronto delle altre albumine vegetali, queste del riso sono utilizzate al massimo grado dall'organismo (88 %) mentre lo sono assai meno quelle dei piselli (55 %), della farina di frumento (39 %), di quella di granoturco (23 %). Dal punto di vista delle albumine, si può dunque ritenere che il riso ne contiene una quantità sufficiente e che esse hanno una valuta superiore a quella di tutti gli altri prodotti vegetali.

Di grande importanza è anche il contenuto in sostanze minerali, fra cui, oltre al rame (mg. 6,4 per kg.) e lo zinco, sono da mettersi i composti fosforati. Il riso contiene, di fatto, molti fosfati (sodio, calcio, potassio, magnesio), ma soprattutto del fosforo fitinico, a cui si attribuisce, come è noto, grande importanza nell'alimentazione. E, secondo i dati di nostri ricercatori (Novelli e Borasio) il riso Ostiglia sbramato contiene g. 0,82 % di anidride fosforica per 100, della quale, g. 0,48 in forma di anidride fosforica fitinica e g. 0,12 di anidride fosforica lecitinica; lo stesso riso brillato ne contiene rispettivamente 0,38, 0,13 e tracce.

Per quanto poi riguarda il contenuto in vitamine, è bensì vero che si è avuto lo sviluppo di malattie da avitaminosi (beri-beri) in paesi dove il vitto è costituito *quasi unicamente* dal riso brillato. Il pericolo però non sussiste quando al riso si associno altri alimenti (come si fa da noi) ed allorchè non si usa il riso troppo « lavorato ». È noto, di fatto, che il riso « sbramato », al quale cioè, si è tolta la lolla ossia le glume esterne, viene ulteriormente lavorato per renderlo perfettamente bianco (brillato). In tal modo, il riso si rende anche più conservabile, poichè quello semplicemente sbramato, specialmente per il suo alto contenuto in grassi, va soggetto a deteriorarsi per irrancidimento. Ma si asportano però tanti costituenti importanti, fra cui importantissima la vitamina B; ed è appunto la sua mancanza che produce il beri-beri. Se un giorno si arrivasse a poter conservare il riso sbramato, che meriterebbe di essere chiamato il riso naturale, si inizierebbe l'èra trionfale del riso italiano; naturalmente, ne dovrebbe essere curata la cottura, che esige più tempo.

Un altro vantaggio del riso, che lo rende prezioso negli stati uricemici e gottosi, è il fatto che con esso non si produce affatto acido urico; a fianco dello *zero* di acido urico da 100 grammi di riso, stanno i 4 cg. del pane completo, i 7 dei fagioli e piselli, i 14 della carne di maiale. i 33 del fegato, i 124 del tè, i 143 del cioccolato.

Utilissimo riesce il riso in molte malattie, sicchè esso può essere caldamente raccomandato dai medici: 1) nel corso di molte malattie infettive, 20-25 grammi di riso, in brodo, con formaggio o burro (100 calorie e più); 2) nella convalescenza di malattie infettive. La dose va elevata a 40-50 grammi; 3) nelle affezioni dello stomaco (stati catarrali, atonici, preulcerativi) lo si dà in brodo leggero, in latte-acqua (a parti uguali), con formaggio ovvero al burro (15-50 grammi); nelle affezioni

intestinali, nelle coliti, a proposito delle quali è da osservare che il medico prescrive spesso una dieta troppo scarsa, che può invece essere agevolmente aumentata con la somministrazione di riso; 4) nelle malattie renali, in cui s'impone un vitto relativamente povero di albumine e di certi sali; lo si dà allora in brodo vegetale. Negli stati uricemici e gottosi, nelle affezioni arteriosclerotiche e negli stati epato-cardiaci (insieme al latte); 5) negli stati collegati con perturbamenti degli organi endocrini, usando a preferenza il riso semplicemente sbramato; 6) negli stati di iponutrizione; 7) in alcune affezioni della pelle; 8) nelle disappetenze ostinate, in cui il riso va preparato con tutte le raffinatezze gastronomiche.

Uno degli ostacoli alla diffusione del riso è il cattivo modo di preparazione. Nel Mezzogiorno, p. es., lo si fa cuocere troppo, riducendolo spesso ad una colla immangiabile, proprio come avviene della pasta « scotta »; la cottura deve essere prolungata fino al giusto punto, ma si deve ancora sentire bene il granello. Molte volte, l'inconveniente è dovuto al fatto che si tratta di risi asiatici o troppo brillati, i quali si spappolano facilmente e rapidamente; la cottura più prolungata, che esige il nostro riso, ha poi anche il vantaggio di favorire le trasformazioni dell'amido e la compenetrazione di succhi e condimenti nel granello.

L'associazione col pomodoro permette la preparazione di buoni piatti; è bene però tener presente che, nei pomodori ripieni di riso, quest'ultimo talora si dissecca talmente da riuscire immangiabile. Fra i diversi modi di preparare il riso, si menzionano principalmente i seguenti: 1) risi magri (minestrone, risotto alla milanese, riso al burro, al latte); 2) grassi (in brodo, alla creola, ecc.); 3) crocchette, torte di riso; 4) budino dolce. Il prof. Devoto preconizza addirittura la formazione di elementi tecnici (cuciniere ambulanti) per introdurre il consumo del riso nel Mezzogiorno insegnandovi i modi più acconci per prepararlo e renderlo gustoso e bene accetto.

È dunque bene che i medici si facciano paladini del riso, perchè esso è dotato di un alto potere nutritivo per le sue albumine, per i suoi grassi, per gli idrati di carbonio, per gli elementi fosforato-calcici, per le vitamine. E, nella giornata che sarà ad esso dedicata parlino e dimostrino l'utilità fisiologica e nazionale del riso, che ci permette di economizzare altrettanto frumento che dobbiamo importare a caro prezzo dall'estero. Sarà tanto di guadagnato per la salute degli individui e per il benessere del Paese.

FILIPPINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Malaria resistente alla cura chininica. — Al dott. G. L., Carlentini:

Che le iniezioni di Neo I.C.I. possano giovare nel malarico cronico non v'è dubbio di sorta. Gli antichi insegnavano quanto nella malaria cronica valgono gli arsenicali e l'esperienza moderna, con tutti i preparati più recenti e meglio tollerati, ha confermato l'antico precetto. Ma che il Neo o qualunque preparato arsenicale, anche per via endovenosa, possa essere sostituito alla chinina per vincere le malarie così dette resistenti, è speranza lontana dalla realtà.

Perchè al rimedio eroico, la chinina, la malaria non si dimostri resistente, è necessario che il malarico non si reinfetti. È questa la causa che fa incontrare le malarie resistenti, durante l'estate e l'autunno, specialmente negli abitatori di zone fortemente malariche; i malati si infettano con nuove inoculazioni di zanzare malarigene, e le infezioni sembrano indefinitamente ribelli alla cura.

« Lasciare il luogo malarico » sarebbe il primo precetto; ma disgraziatamente non è seguito, e per ovvie ragioni non può spesso essere consigliato.

Somministrare il rimedio a dosi curative è il secondo precetto. Ma se alle cure razionali chininiche l'infezione resiste bisogna: *a*) elevare le dosi almeno a due grammi quotidiani e continuare la cura *per settimane con brevi tregue di riposo terapeutico; b*) alternare le vie di somministrazioni (boccale e intramuscolare).

Nelle nostre mani molte malarie dichiarate resistenti hanno ceduto regolarmente e potremmo dire con inattesa facilità. T. PONTANO.

Malarioterapia della paralisi progressiva. — All'abb. n. 7967:

La tecnica della malarioterapia non può essere riassunta in breve. Oltre che in trattati speciali (J. GERSTMANN: *Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse*, Berlino, Springer, 1925; G. DE M. RUDOLF: *Therapeutic Malaria*, Humphrey Milford, Oxford University Press, 1927), si trova descritta in buone riviste sintetiche (consigliamo quella di T. SENISE: *Il Cervello*, 1925, n. 4); i perfezionamenti ultimi sono riferiti in *Riv. di Malariologia*, 1927, nn. 1 e 3.

Per vari motivi non è consigliabile di eseguire la cura a domicilio. Tra l'altro, in primo tempo suole determinarsi aggravamento di tutti i sintomi e dello stato generale; ne derivano allarmi ingiustificati della famiglia, che spesso obbliga

il medico ad interrompere la cura per mezzo della chinina. È anche da tener presente la possibilità che si creino piccoli focolai di malaria.

La chininizzazione precorsa non controindica, per sè, la malarioterapia, a condizione che sia stata smessa almeno da alcuni giorni: in caso diverso ostacola od impedisce l'attecchimento della malaria.

Di regola però la chininizzazione precorsa è stata praticata contro l'infezione malarica, ed a questa residua uno stato di immunità relativa, che li rende più o meno refrattari all'attecchimento. Si può girare la difficoltà inoculando ceppi di varia provenienza, ovvero una specie diversa di parassiti malarici (quartana o subterzana in antichi terzanari), od anche valendosi del virus della febbre ricorrente.

L. V.

All'abb. n. 12091:

SAIDMANN: *Les rayons ultraviolettes en thérapeutique*. Doin, editore; PIOT: *Indications cliniques de l'électroradio*. Doin, 46 fr.

Il primo esclusivamente riguarda la tecnica della fototerapia; il secondo anche la radioterapia ed è un libro con larghe indicazioni cliniche. In italiano è in corso un libro edito dalla Società di attinologia (rivolgersi per informazioni: Dott. Coniglio, Lungo Lario Trento, Como). E. M.

Al dott. P. R., da P. d'A.:

Per la preparazione agli esami per ufficiale sanitario, possono esserle utili i seguenti libri: 1. FILIPPINI: *Prontuario dell'Igienista*. Pozzi, ed. Roma; 2. CIMINO: *Compendio di Igiene*. Idelson, ed. Napoli.

Le materie di esame sono indicate sui programmi emanati con i decreti ministeriali del 1906. I concorsi sono regolati dal R. D. 29 novembre 1925, n. 2266. L'uno e gli altri sono riuniti in un volumetto della Biblioteca legale dell'editore Pietrocola di Napoli. I. P.

Al dott. L. Airoldi, da Lugano:

Consulti: SANTORI: *Igiene, Anatomia, Fisiologia*. Signorelli, ed. Roma, 1921. *fil.*

All'abb. n. 3586:

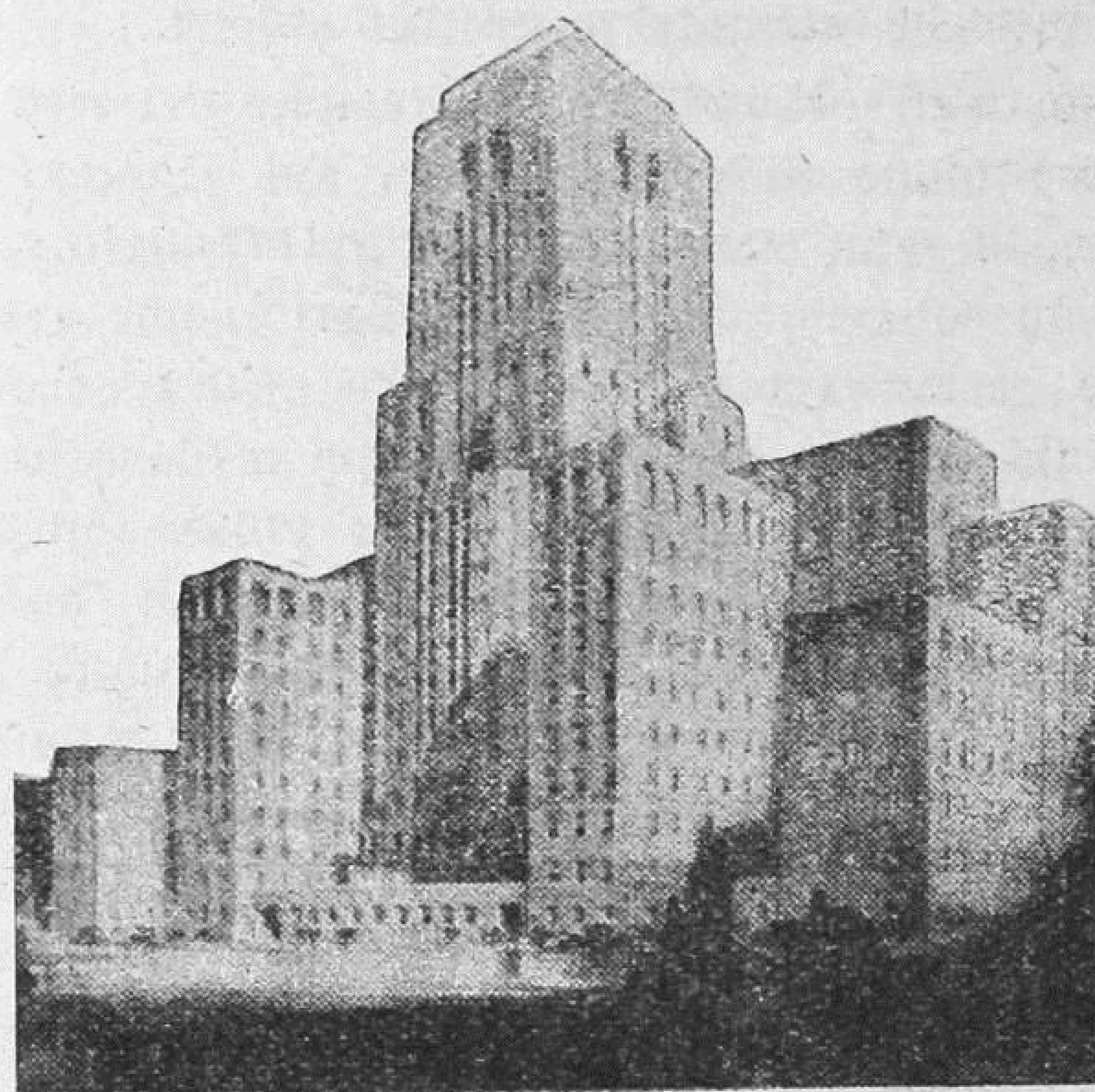
Il R. Decreto che Le interessa e che approva alcune modificazioni ed aggiunte al vigente Regolamento sulla Sanità marittima porta la data 29 novembre 1925 e il num. 2288. C.

VARIA.

Istituti ospedalieri nord-americani.

Per dare un'idea dell'edilizia ospedaliera negli Stati Uniti, riproduciamo dal « Journal A. M. A. » (27 ag. 1927) l'Istituto Psichiatrico e l'annesso ospedale dello Stato di New York, ora in costruzione.

Nello stesso blocco edilizio sarà approntato, per la prossima primavera, un centro ospedaliero, di oltre 20 piani, destinato ad accogliere tre ospedali; nonchè lo Harkness Pavillon, a 9 piani, per pazienti privati e per alloggiare i parenti ed



amici dei ricoverati. Nell'autunno 1928 nella stessa località prenderà sede il Collegio medico-chirurgico della « Columbia University » di New York; occuperà un altro edifizio mastodontico ora in costruzione, che comprenderà anche gli ambulatori, la Scuola di odontologia e stomatologia, e la Vanderbilt Clinic.

Derivazione della parola lazzaretto.

La repubblica veneta fu fra i primi stati civili che pensò all'igiene e assistenza sociale dei suoi sudditi con speciali ordinamenti sanitari. Fin dal 1182 istituì ospizi per ricoverare i lebbrosi; nella pestilenza del 1347 furono eletti tre nobili col titolo di savi o provveditori per adottare i mezzi più efficaci per combattere il contagio; nel 1423 fu eretto l'ospizio di S. Maria di Nazareth per il ricovero delle persone affette da malattie contagiose, il primo istituto del genere fondato in Europa. Si ritiene perciò dalla maggior parte degli studiosi che da esso abbiano preso nome tutti gli altri ospedali del genere sorti in Italia e fuori: da Nazareth si ebbe Nazaretum, volgarizzato poscia in Lazzaretto. Altri invece lo fanno derivare dal Lazzaro della parabola evangelica.

(Dal « *Boll. Med. delle Venezie Tridentine* »).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Il 31 gennaio al Viminale si è riunito il Consiglio Superiore di Sanità, ricostituito in base alla legge 23 giugno 1927.

I lavori dell'importante consesso sono stati inaugurati dall'on. conte Giacomo Suardo, Sottosegretario di Stato per l'interno, il quale dopo avere rivolto al Consiglio il saluto del Capo del Governo, ha pronunciato il seguente discorso:

« Questo alto Consesso ha antiche e chiare tradizioni: i nomi, gloriosi nella Scienza italiana, di Maurizio Bufarini, di Guido Baccelli, di Camillo Golgi, che lo presiedettero, attestano la severa solenne sua dignità, come oggi l'attesta l'illustre Presidente senatore Marchiafava.

Un compito di importanza vitale gli è affidato: tutelare la salute fisica del popolo italiano.

L'opera svolta dalla Amministrazione della Pubblica Sanità dimostra quanto intensa, vigilante, assidua sia stata la sua azione, sia come organo di amministrazione, sia come strumento di polizia sanitaria, sia infine nel campo dell'indagine scientifica.

La necessità di mantenere intatta la forza vitale del nostro popolo e di difenderlo da ogni pericolo di decadenza fisica e morale, ha reso indispensabile di esaminare e disciplinare, anche dal punto di vista dell'igiene, tutti i fenomeni sociali, tutte le manifestazioni della vita.

Perciò con la legge 23 giugno 1927 si è perfezionata la costituzione del Consiglio Superiore di Sanità aumentandone le competenze tecniche, giuridiche ed amministrative.

Il Governo nazionale, che intende valorizzare le competenze specifiche ed impiegarle largamente in vantaggio dell'igiene e della medicina sociale, ha ampliato i limiti e dato maggior pienezza e valore al vostro compito complesso ed arduo.

L'insediamento di questo ricostituito Consiglio è un atto che il Governo considera solenne per le questioni che alla vostra dottrina ed al vostro senno sono affidate, per gli alti fini che si vogliono raggiungere, per il grande valore delle persone chiamate a comporlo.

Questo Consesso, nella sua complessa costituzione, è veramente chiara immagine della unità della scienza pur nei suoi multiformi aspetti esteriori e della stretta solidarietà che lega gli uomini contro i mali ed i pericoli.

Igienisti e magistrati, chimici e medici, naturalisti e specialisti, zooiatri e tecnici dell'ingegneria e dell'agraria, giuristi ed esperti e funzionari delle varie amministrazioni statali, che con l'igiene hanno più stretti rapporti, concorrono a portare l'ausilio della loro scienza, della loro esperienza, della loro passione all'alta opera di investigazione e di studio.

Il vostro lavoro è veramente utile al popolo italiano: il Duce che sempre guarda al popolo e nulla tralascia nella sua opera che 5 anni di governo dimostrano gigantesca, per fare l'Italia forte e grande, si è sempre occupato e preoccupato di questi gravi problemi.

Il Regime, anche in questo campo, ha lavorato attivamente; il complesso di provvedimenti per la tutela della Sanità pubblica dal 28 ottobre 1922 ad oggi è imponente; sono state emanate disposizioni contro le malattie infettive, la lebbra, il vaiolo, il tifo, il tracoma, la malaria, la tubercolosi, il cancro, l'alcoolismo, l'influenza, la difterite e disposizioni per l'igiene della maternità ed infanzia, per i sieri e vaccini, per gli alimenti vegetali ed animali, per la Sanità Marittima, per la difesa sanitaria dei Confini, per l'impiego dei gas tossici, per le acque minerali, la terapia fisica, il radio, gli stupefacenti, gli acquedotti e le opere igieniche, la vigilanza zooiatrica, l'esercizio delle professioni sanitarie, la vigilanza igienica, gli ordini sanitari, l'assistenza infermiera.

Nulla si è lasciato di intentato per arginare e combattere le malattie sociali, per premunirsi e vigilare sui molti pericoli che sempre incombono sull'uomo.

Anche in questo campo il Regime ha portato un profondo radicale rinnovamento.

Non mi dilungo a ricordarvi ciò che si è fatto nell'ultimo periodo. La diligente e dotta relazione del gr. uff. Messea, prezioso collaboratore del Duce, lo dimostra. Ritengo però di dover rilevare che nel solo giugno 1927 vennero promulgate 4 leggi sanitarie, tra le quali quella sulla organizzazione antitubercolare, che preparò lo stato di fatto favorevole alla assicurazione contro la tubercolosi; quella sulla vigilanza delle professioni sanitarie, intesa a reprimere l'esercizio abusivo; ed infine quella che portò notevoli riforme alla legge organica della Sanità Pubblica allo scopo di allargare i poteri dello Stato per la repressione delle inadempienze nella denunzia delle malattie infettive, delle contraffazioni e frodi nello smercio delle sostanze alimentari e per la tutela della maternità.

Gli antichi simboleggiavano la vita nell'albero del bene e del male, nella lotta incessante tra l'uno e l'altro. Questa lotta non consente nè tregue nè soste. Da ciò la necessità di rivedere sempre e perfezionare il già fatto, di valersi di ogni nuova cognizione strappata dalla scienza all'ignoto, di penetrare e dominare sempre più la realtà effettiva dei fatti, di trovare nuove provvidenze e nuovi ordini.

Progredire, andare più oltre; ecco il comandamento anche in questo campo, che è di essenziale importanza per un popolo ed è indice fra i più notevoli della sua saldezza e del suo grado di civiltà.

All'ordine del giorno sono numerosi provvedi-

menti, fra i quali dieci schemi di regolamento di notevole importanza.

Il Consiglio Superiore inizia un nuovo periodo di attività, nell'anno sesto del Regime, che sarà intenso e proficuo.

Il Governo Nazionale fa grande assegnamento sul vostro prezioso contributo; come in ogni altro campo, anche in questo importantissimo, l'Italia armonicamente, intensamente deve lavorare e progredire, per consolidare la meravigliosa rinascita di oggi, per costruire, come il Duce vuole, giorno per giorno, pietra su pietra, la grandezza di domani ».

Il discorso dell'on. Suardo è stato vivamente applaudito.

Al saluto del conte Suardo ha risposto con elevata parola l'illustre Presidente del Consiglio, senatore Marchiafava, che ha assicurato il rappresentante del Governo che il Consiglio Superiore di Sanità, conscio della sua alta responsabilità, compirà sempre con passione e con fede la sua missione seguendo le direttive dettate dal Capo del Governo.

Il Consiglio ha quindi, presente l'on. Suardo, iniziati i suoi lavori, di cui daremo prossimamente il resoconto.

Assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi.

La commissione nominata dall'on. Belluzzo per l'elaborazione del regolamento al decreto che istituisce l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, ha proseguito attivamente i lavori sotto la presidenza del comm. Ignazio Giordani, direttore generale del Lavoro e della Previdenza Sociale.

È stato ora rigorosamente delimitato il rischio, coperto dall'assicurazione, che va inteso ristretto a quei casi nei quali, secondo la comune tecnica clinica, si ritiene indispensabile il provvedimento di ricovero in sanatori od ospedali.

Non è stato possibile estendere l'assicurazione ad ogni caso di manifestazione di tubercolosi fra le persone assicurate ed assistite, cioè al verificarsi, in qualsiasi forma e in qualunque grado, della presenza della malattia, perchè in questa maniera si sarebbe venuti ad assorbire, in favore della massa degli assicurati e delle rispettive famiglie, tutta l'opera di prevenzione e di difesa contro la malattia, cui già si provvede da parte degli organi dell'assistenza pubblica. Inoltre, l'onere derivante sarebbe stato di tale aggravio da riuscire difficilmente sopportabile pei prestatori di lavoro.

Si è deciso perciò, di limitare l'assicurazione alle persone d'ambo i sessi che lavorano alle dipendenze altrui in età compresa fra i 15 anni compiuti e non oltre i 65, tanto se occupati nell'industria o agricoltura, quanto nei commerci, nei pubblici servizi, nelle professioni liberali, ivi compresi i lavoranti a domicilio, nonchè le persone occupate nei servizi familiari.

A questa categoria è stata aggiunta quella delle persone della gente di mare, contribuenti alla Cassa degli Invalidi della Marina Mercantile, i quali, come è noto, perchè assicurati contro il rischio dell'invalidità e della vecchiaia, in base a disposizioni legislative particolari, furono e sono esclusi dall'assicurazione obbligatoria contro l'invalidità e la vecchiaia, e non poterono esserlo anche da quella contro la tubercolosi, perchè esposti a questo particolare rischio nello stesso modo delle altre che come esse si trovano nelle stesse condizioni di lavoro.

All'assicurazione sono stati ammessi anche gli stranieri.

I beneficî dell'assicurazione sono stati poi estesi alla moglie dell'assicurato, in quanto non sia adatta a lavoro retribuito alla dipendenza dello Stato, ed in via eccezionale al marito di donna assicurata, che non sia abile al lavoro, e pertanto non assicurato egli stesso.

Le norme sulle specialità medicinali.

Il Ministero dell'Interno ha fatto divulgare ufficialmente la notizia che i termini di cui agli articoli 46, 47 e 48 del Regolamento 3 marzo 1927, n. 478, per l'esecuzione del R. D. 7 agosto 1925, n. 1732, sulla produzione e il commercio delle specialità medicinali sono ulteriormente prorogati al 31 marzo 1928.

Indagini sui modi di allattamento.

Una circolare dell'Ufficio d'Igiene del Governatorato di Roma, dopo aver richiamato le norme impartite dal Ministero dell'interno e da noi riportate lo scorso anno, a pag. 1879, rileva, per quanto riguarda le denunzie delle morti di bambini lattanti, che la maggior parte dei medici liberi esercenti ha corrisposto con esattezza alla redazione dei certificati; ma stima utile d'insistere sulla necessità che tutti i sanitari utilizzino moduli stampati.

Per attuare il controllo della prima vaccinazione, è necessario che i medici liberi esercenti i quali eseguono vaccinazioni e debbono ai sensi dell'art. 19 del Reg. 29 marzo 1892, N. 329 inviare all'Ufficio Vaccinazioni del Governatorato (Piazza Poli, 54) la dichiarazione della vaccinazione praticata, completino i dati riferentisi alla vaccinazione stessa con quelli riguardanti l'allattamento al quale è sottoposto o è stato sottoposto il bambino.

Pertanto il certificato redatto deve contenere i seguenti dati: 1) nome e cognome del vaccinato; 2) l'anno ed il giorno della nascita; 3) luogo di nascita; 4) età della vaccinazione; 5) vaccino usato. E circa il modo di allattamento del bambino: *a*) se è allattato al seno materno; *b*) se è allattato da nutrice, indicando se l'allattamento effettuasi in casa dei genitori od in casa della nutrice; *c*) se si esegue l'allattamento misto (al seno ed artificiale).

Presso l'Ufficio d'Igiene del Governatorato e presso le singole Delegazioni governatoriali si trovano a disposizione dei medici libretti di moduli per la redazione dei certificati con tutti i dati richiesti.

Cronaca del movimento professionale.

Le nuove circoscrizioni comunali e i servizi sanitari.

Il Ministero dell'Interno, in riferimento ad un memoriale del dott. Vacino, Segretario dell'Associazione Medici Condotti, riguardante la questione della riduzione delle condotte trattata al Congresso di Siena dal dott. Sacconaghi, ha mandato ai sigg. Prefetti le seguenti istruzioni:

« Questo Ministero ha avuto occasione di constatare che, in sede di riordinamento dei servizi di assistenza sanitaria, si è talvolta proceduto alla soppressione di Condotte mediche ed alla formazione di Consorzi allo scopo prevalente, se non assoluto, di ottenere economie nelle spese dei Comuni, senza tener il conto dovuto delle effettive esigenze di un servizio che, essendo diretto alla tutela della pubblica salute, merita la particolare attenzione delle Autorità competenti.

Il Ministro non può che incoraggiare ogni iniziativa diretta a limitare gli oneri, già così sensibili, che gravano sui bilanci degli Enti locali, ma è necessario che dette iniziative, quando si esplicano in confronto di servizi di così delicata importanza, non pregiudichino affatto il normale funzionamento di tali servizi.

È quindi indispensabile che, in occasione della costituzione dei Consorzi di che trattasi, tanto da parte dei sigg. Prefetti che delle Giunte Provinciali amministrative e dei Consigli sanitari Provinciali, venga fatta una esatta ed obbiettiva valutazione delle reali esigenze del servizio. A tal fine si dovrà, sopratutto, aver considerazione non solo dei numeri dei poveri aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita, ma anche della distribuzione di essi secondo le condizioni topografiche di accesso e di viabilità e delle altre contingenze locali che possano, comunque, influire sull'ordinamento dell'importante servizio.

Anche le condizioni dei sanitari delle condotte che si sopprimono meritano di essere tenute nella dovuta considerazione all'atto della costituzione dei nuovi Consorzi, epperò si raccomanda alle SS. LL. di dare disposizioni affinchè, nelle nomine dei titolari di tali Consorzi, sia fatto il debito conto, nella valutazione dei titoli degli aspiranti, del servizio precedentemente prestato nelle condotte mediche dei Comuni compresi nei Consorzi stessi. *p. il Ministro*: SUARDO ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini »*. — Primario medico; v. fasc. 5; scad. 31 mar.

ANNONE VENETO (*Venezia*). — Scad. 28 feb.; L. 8500 e 4 quadr.; L. 600 uff. san.; tassa L. 50.10.

BRESCIA. *Ospedale Psichiatrico Provinc.* — Medico aiuto. Scad. 29 feb. V. fasc. 5.

CAPPELLA MAGGIORE (*Treviso*). — Al 29 feb.; v. fasc. 5.

CINIGIANO (*Grosseto*). — Per Monticello Amiata; proroga 29 feb.

COSENZA. *Dispensario celtico Comunale.* — Medico direttore; L. 5000; titoli ed esami; rivolgersi Ufficio Sanitario Provinciale; a tutto 20 feb.

COSTA VOLPINO (*Bergamo*). — Scad. 31 mar.; L. 10,000 oltre L. 2500 cav., L. 500 uff. san., c.-v., L. 300 ambul., L. 700 indenn. spec.; tassa L. 50.10.

FANANO (*Modena*). — Scad. 1 mar.; 2ª cond.; L. 8000 e 10 bienni ventes.; tassa L. 50.

FAVA NOVARESE (*Novara*). — Scad. 29 feb.; lire 7000 oltre L. 840 c.-v., L. 150 ambulat., L. 500 uff. san., L. 500 bicicletta.

FORLÌ. *Ammin. Provinc.* — Medico direttore del Brefotrofio provinc.; L. 11,000; serv. att. lire 2500; c.-v. Scad. ore 18 del 20 feb. Rivolgersi Deputaz. Prov. Età lim. 35 a.

LECCE. *R. Prefettura.* — Uff. san. capoluogo; scad. 31 mar.; v. fasc. 5.

LUGAGNANO VAL D'ARDA (*Piacenza*). — A tutto 29 feb.; 2° reparto; L. 11,000 e indenn. integrazione L. 1470, rivedibile; L. 400 ambul.; L. 3000 cavalc.; L. 1200 assegno supplementare, rivedibile; tassa L. 50.

MAZZARINO (*Caltanisetta*). — *Congregazione di Carità.* — Chirurgo Direttore dell'Ospedale Civile S. Stefano; L. 16,000, indennità carica lire 4000, diritto 50 % sulle operazioni; 5 quadrienni decimo. Per schiarimenti rivolgersi Segreteria.

MODENA. *Commissione Reale per la Provincia.* — Coadiutore del Laboratorio Provinciale Medico-Micrografico; titoli ed esami; rivolgersi alla Ammin. Provinc. (viale Regina Elena 6). Scad. 15 mar.

POLLINA (*Palermo*). — Scad. 16 feb.; L. 10,000 e 5 quinq. dec.; addiz. L. 3 oltre i 1000 pov.; età lim. 40 a.

RAVENNA. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo; a tutto 16 mar.; v. fasc. 4.

ROMA. *Laboratorio d'Igiene e di Profilassi del Governatorato.* — Un assistente nella Sezione medico-micrografica; scad. 29 feb.; v. fasc. 4.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Aiuto oculista; scad. 29 feb.; v. fascicolo 4.

VERONA. *Deputazione Provinciale.* — Direttore della Sez. Medico-Micrograf. dei Laboratorî Provinciali d'Igiene e Profilassi; proroga 29 feb.

VINZAGLIO (*Novara*). — Ab. 1614; L. 8000 per 400 pov.; L. 1000 per altri 500; 10 bienni ventes.; L. 3500 cav.; L. 150 ambul.; c.-v.; per uff. san. assegno da determinarsi dalla Prefettura; L. 1500 tempor. per serv. fraz. Brarola del com. di Vercelli; tassa L. 50.20; scad. 20 feb.

SATRIANO DI LUCANIA (*Potenza*). — Scad. 16 feb; L. 7000 e 6 quadrienni; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

TORINO. — Scad. 25 feb.; cond. periferica di Abbadia di Stura; rivolgersi Municipio, Ufficio Personale.

TRIPOLI. *Governo della Tripolitania.* — Uff. san. capo dell'Ufficio d'Igiene del Municipio; v. fasc. 5; scad. 15 mar.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al prof. Luigi Castaldi, Direttore del R. Istituto Universitario di Anatomia Umana Normale a Cagliari, è stato assegnato il premio Fossati dall'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere per i lavori sul mesencefalo.

In Madrid la Giuria esaminatrice per il « Premio di laringologia A. G. Tapia » con tema: « innervazione della laringe » ha assegnato tale premio al lavoro: « Le terminazioni nervose motrici nelle fibre muscolari della laringe - ricerche istologiche » del dott. Vincenzo Tanturri (di Milano). Poichè il concorso era stato bandito per i medici ispano-americani, la Giunta Generale dell'Accademia Medico-Chirurgica Spagnuola ha conferito al dott. Tanturri un *accessit* ed il titolo di *accademico corrispondente*.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Torino.

Onoranze al prof. Benedetto Morpurgo.

Nell'anfiteatro dell'Istituto di Patologia Generale agli Istituti Biologici del Valentino hanno avuto luogo in questi giorni le onoranze all'illustre prof. Benedetto Morpurgo, ordinario di Patologia Generale in questa Università.

La cerimonia ebbe una grande solennità. La vastissima sala era gremita. Erano presenti tutte le maggiori autorità cittadine, la Facoltà Medica al completo, gran parte delle Università Italiane avevano mandato un loro rappresentante. Veramente grandioso e significativo fu anche il tributo di omaggio reso in questa occasione da ogni centro di studio estero al prof. Morpurgo. I più eminenti Patologi del mondo con lettere, telegrammi, rappresentanti, ebbero le più lusinghiere espressioni di ammirazione e devozione per questo nostro Maestro a testimoniare la fondamentale importanza in cui ovunque è tenuta la sua opera scientifica da lui perseguita ancora con continuo, rinnovato e giovanile slancio.

I discorsi tenuti dal prof. Pochettino, Rettore dell'Università, dal prof. sen. D'Ovidio per l'Accademia dei Lincei, dal prof. Maggiora preside della Facoltà, dal gen. Morino, dal prof. Pentimalli, dal prof. Bizzozzero, dal prof. Azzi, furono degni della grande solennità della cerimonia e dell'elevatezza del festeggiato che rispose ringraziando con simpatiche espressioni gli organizzatori e gli intervenuti.

Furono offerti al prof. Morpurgo i due grossi volumi pubblicati in suo onore con lavori originali di illustrazioni mediche italiane e straniere. Il primo volume contiene una fotografia ed una biografia del prof. Morpurgo e contiene fra gli altri i seguenti lavori: Herlitzka: Proiezione di elementi retinici nel campo visivo; Botazzi: Sul significato della resistenza elettrica dei tessuti; Baumgarten: Sulle vie d'infezione della tubercolosi polmonare; Herxeimer: Del xantoma; Peroncito: Patogenesi dell'ascite; Schmidt (Würzburg): Patogenesi del rachitismo; Tendeloo (Leiden): Patogenesi dell'enfisema polmonare; e molti altri.

Il secondo volume contiene fra gli altri i seguenti lavori: Micheli e Gamna: Il morbo di Still; Lombroso: Sulla funzione interna del pancreas in rapporto all'azione dell'insulina; Rondoni: La formazione di sostanze attivanti lo sviluppo bacillare nelle culture di bacilli tubercolari; Foà: Meccanismo neurochimico dell'inibizione vagale nel cuore dei mammiferi; Wegelin (Berna): Necrosi della mucosa intestinale nella colemia; Sabatani: Azione farmacologica comparata dei composti ossigenati del cloro; Fasiani: Rapporti fra carico funzionale e alterazioni rachitiche sperimentali; Vanzetti: Tumori misti del polmone; e numerosi altri.

In occasione delle onoranze sono giunte al prof. Morpurgo le nomine a Socio onorario dell'Istituto del Cancro di Berlino, della Società di Biologia di Parigi e di varie Accademie.

La somministrazione del fegato nell'anemia perniciosa.

Nell'ultima seduta della R. Accademia di Medicina il dott. Griva della Clinica Medica Generale ha comunicato su sette osservazioni personali di ammalati di anemia perniciosa trattati con somministrazione di fegato per via orale ad alte dosi secondo il metodo preconizzato recentemente in America del Nord e che sta facendo le sue prove ora in ogni parte del mondo. La somministrazione si pratica o tritando il fegato e somministrandolo crudo e condito o prendendo delle fette di fegato di bue o vitello, passandole in brodo caldo ma non bollente, in modo che solo la parte esterna subisca le alterazioni di coagulazione delle albumine, e somministrandole con un po' di sale; del resto secondo alcuni sperimentatori sarebbe attivo anche il fegato cotto; le quantità, compatibilmente con le condizioni degli ammalati, devono essere in massima piuttosto forti.

L'esito della cura fu straordinariamente favorevole. I casi di anemia perniciosa erano sicuramente accertati all'esame clinico ed ematologico e l'autore ha potuto assistere a delle vere resurrezioni di ammalati che da stati di estrema anemizzazione migliorarono rapidamente le condizioni del sangue, che andò anche perdendo i varii caratteri del reperto ematologico dell'anemia perniciosa (valore globulare superiore all'unità, formula eritrocitometrica deviata a destra, macrocitosi, leucopenia, piastrinopenia), mentre le condizioni generali e soggettive subirono un rapido e sostanziale miglioramento in modo che gli ammalati poterono anche riprendere le loro occupazioni come quando stavano bene. Solo in un caso molto grave la cura non riuscì, ma in questo caso la somministrazione di fegato fu assai incompleta data l'assoluta intolleranza dell'amma-

lata che si alimentava solo con un po' di latte e che sopravvisse qualche mese con continue trasfusioni di sangue, sicchè questo caso non pare a rigore da considerarsi come un vero insuccesso. I casi sono tutt'ora in osservazione e l'autore non può concludere se si tratti di una guarigione radicale e definitiva, ma ricorda che tra i casi osservati da altri autori vi sono ormai osservazioni che datano da anni. Nelle anemie secondarie, che pure avevano inspirato i primi concetti terapeutici sperimentali agli autori americani, la somministrazione del fegato non fu seguita da risultati importanti.

Nella discussione della comunicazione il prof. Micheli pose in rilievo l'importanza del nuovo metodo di cura tanto semplice quanto accompagnato dai più favorevoli risultati. Notò che si tratta di una malattia non tanto rara in Piemonte così che egli stesso può dire di osservarne sette-otto casi ogni anno, e una malattia per la quale fin'ora non esisteva una cura nella quale si potesse avere una giustificata speranza di successo, perchè anche le trasfusioni di sangue non servono in fondo in generale che a migliorare le condizioni dell'ammalato per il periodo limitato di tempo che i globuli del donatore rimangono nell'organismo.

La cura è così semplice che può essere attuata dovunque ed egli ha osservato anche nella pratica privata risultati che hanno del meraviglioso.

Il meccanismo d'azione terapeutica di questa somministrazione di fegato è da ritenersi ancora oscuro. Crede si possa escludere che dipenda dal ferro contenuto nel fegato se non altro perchè alcuni di questi ammalati erano stati trattati inutilmente con le più svariate preparazioni a base di ferro. Si affacciano le ipotesi di un'avitaminosi o meglio di una terapia sostitutiva da parte del fegato somministrato sulle funzioni ematopoietiche e su altre importanti funzioni, cosicchè non è alieno dall'ammettere che esista nell'anemia perniciosa un'alterazione epatica, e ciò anche per varii fatti e tra gli altri ricordò il verificarsi di quadri ematologici a tipo perniciosiforme nella cirrosi epatica, la frequenza dell'alcoolismo, ossia di un agente tossico sul fegato; nell'anemia perniciosa degli adulti. Ritiene la cura specifica dell'anemia perniciosa, per modo che l'insuccesso della cura può in casi dubbi di anemia perniciosiforme escludere la vera anemia perniciosa.

Nella Clinica Medica ha intanto indirizzato ricerche riguardo le modificazioni della flora bacterica intestinale e i mutamenti dei fenomeni digestivi in genere dopo la somministrazione del fegato, ricerche che tendono a precisarne il meccanismo d'azione. Ha fatto praticare anche altre ricerche per ottenere un estratto attivo di fegato onde renderne possibile la somministrazione in taluni casi come quello ricordáto dal Griva, in cui per la gravità delle condizioni generali o per particolare intolleranza non è possibile la somministrazione del fegato.

CIPRIANI.

NOTIZIE DIVERSE.

Centenario della Facoltà Medica del Cairo e Congresso internazionale di medicina tropicale e igiene.

Avranno luogo sotto il Patronato di Sua Maestà Re Fuad I, dal 15 al 22 dicembre 1928. Il Comitato di organizzazione è presieduto da S. E. Ali El Shamsi Pacha, Ministro della Pubblica Istruzione. Segretario Generale ne è il Dr. Moh. Khalil.

Tutti coloro che vogliono prender parte alla celebrazione del Centenario ed al Congresso sono pregati di rivolgersi al seguente indirizzo: Secretary General, Congress Bureau, Faculty of Medicine, Cairo, Egypt.

Si prega di mandare le adesioni prima della fine del marzo 1928; sarà spedita la tessera a quelli che esprimeranno il desiderio di intervenire. La tessera permetterà ai membri di fruire della riduzione nelle gite e di altre facilitazioni di viaggio da stabilirsi. Il segretario generale sarà ben lieto di fornire le informazioni richieste.

La celebrazione del Centenario si propone, per quanto è possibile, di permettere ai membri del Congresso di visitare, durante la loro permanenza in Cairo, i luoghi più interessanti dei dintorni. Dopo il Congresso, essi avranno ampia opportunità di visitare l'alto Egitto.

Programma della celebrazione del Centenario. — Cerimonia inaugurale e ricevimento dei delegati. Sedute di sezione nei vari dipartimenti della facoltà, comprendenti: Anatomia ed Antropologia, Fisiologia, Patologia, Batteriologia, Farmacologia, Parassitologia, Medicina Legale, Farmacia e Odontoiatria.

Avranno luogo anche sedute di sezione in cui si faranno operazioni e dimostrazioni nei vari reparti dell'Ospedale che comprendono: Chirurgia, Medicina (incluse le malattie tropicali), Ginecologia, Oftalmologia, Radiologia, malattie di gola, naso e orecchio, malattie di bambini, malattie della pelle e veneree.

L'esposizione degli esemplari e le dimostrazioni nei vari reparti della Scuola e dell'Ospedale saranno accessibili a tutti i membri del Congresso per l'intera settimana.

Programma del Congresso. — Vi saranno due sedute generali per discutere rispettivamente gli argomenti di Anchilostomiasi e Bilharziosi da tutti i punti di vista.

I lavori del Congresso saranno compiuti nelle seguenti sezioni: 1) Medicina tropicale (comprese le malattie dei bambini). 2) Chirurgia tropicale (compresa la Ginecologia). 3) Oftalmologia tropicale. 4) Igiene e sanità tropicale. 5) Parassitologia. 6) Patologia e Batteriologia.

Secondo il numero dei lavori presentati, ciascuna sezione potrà esser suddivisa o altre sezioni potranno essere formate.

I lavori del Congresso saranno pubblicati sotto forma di atti che saranno mandati a tutti i membri.

I lavori scritti e i discorsi potranno leggersi in ciascuna delle seguenti lingue: arabo, inglese, francese, tedesco e italiano.

I titoli dei lavori scritti da presentarsi alle varie sezioni dovranno essere comunicati in tempo per essere inclusi nel programma ufficiale. I testi dei lavori dovranno essere trasmessi 3 mesi prima dell'apertura del Congresso.

Gli ospiti ufficiali riceveranno biglietti d'invito. Gli appartenenti alla professione medica e alle scienze affini, potranno divenire membri del Congresso pagando una tassa d'inscrizione di L. E. 1 ed avranno diritto a riduzioni nelle gite che saranno organizzate.

Esposizione di strumenti, medicinali, droghe ed affini. — Annessa al Congresso sarà organizzata una Esposizione di Medicina che includerà: Microscopi e fornitura per laboratorio, Apparecchi per Raggi X ed elettrici, Materiale chirurgico, Medicinali, prodotti chimici e alimentari, Materiale sanitario, Libri, giornali e pubblicazioni di Medicina. Si spera che le ditte di reputazione mondiale vorranno prendere parte attiva a questa Esposizione.

Il Comitato di organizzazione procurerà di ottenere una importante riduzione sui percorsi dei battelli, delle Serrovie, sugli Algerbhi, ecc.

L'Instituut voor Tropische Geneskunde aveva stabilito di tenere un Congresso internazionale di medicina Tropicale ad Amsterdam, nel 1928, ma in vista degli accordi già presi al Cairo, ha gentilmente differito il proprio Congresso a data futura.

Nella Clinica Neurologica di Napoli.

Il prof. O. Fragnito, chiamato dalla Facoltà di Napoli a dirigere la Clinica delle malattie nervose, ha inaugurato il 21 gennaio il suo insegnamento con una prolusione su « Le funzioni dei lobi frontali ». Una schiera di professori, studenti e invitati gremiva l'aula della Clinica.

Associazione americana per lo studio delle malattie nervose e mentali.

Ha tenuto l'adunanza annua a New York, il 28 e 29 dicembre, sotto la presidenza di C. A. Elsberg; tema unico di discussione è stata la pressione intracranica.

Prossimi Congressi medici tedeschi.

La 1ª riunione della Società Tedesca per lo Studio della Circolazione si terrà il 5 e il 6 marzo a Colonia sul Reno.

L'8ª riunione della Società Tedesca per le malattie della digestione e del ricambio si terrà ad Amsterdam dal 12 al 14 settembre.

Conferenze di neuro-psichiatria.

Un ciclo di conferenze su temi varii di neuropsichiatria sarà tenuto quest'anno nei locali dell'Infermeria speciale degli alienati presso la Prefettura di Polizia di Parigi. Il direttore dell'Istituto, dott. de Clérambault, ha stabilito che tali conferenze tratteranno, sopratutto, dei disordini mentali rari o poco noti con potente base organica: tumori, sclerosi diverse, infezioni speciali, speciali intossicazioni, ecc. Nei locali dell'Infermeria si terranno anche conferenze di psichiatria animale e di patologia nervosa comparata. Le conferenze, con presentazione dei malati, hanno luogo ogni venerdì.

Corso di perfezionamento in igiene.

Avrà luogo presso la R. Università di Bologna, dal 1º marzo al 30 aprile; modalità consuete; tassa d'iscrizione L. 300, sopratassa d'esame L. 75, tassa di diploma L. 50; rivolgersi al direttore dell'Istituto d'Igiene prof. D. Ottolenghi od alla Segreteria Universitaria (Facoltà Medica).

Per il prof. Graziadei.

Quarant'anni di nobile primariato ospitaliero del prof. Graziadei nell'Ospedale Mauriziano Umberto I in Torino furono festeggiati ed onorati nel gran salone del Magistero dell'Ordine con una intima commovente cerimonia, che fu di fervido omaggio ai meriti scientifici e professionali, alla onestà ed alla lealtà del prof. Graziadei, che deve lasciare l'ospedale per i limiti d'età.

Il prof. Lanza presentò la medaglia Mauriziana d'oro al prof. Graziadei, con elevate parole.

Il prof. Valobra a nome di tutti i convenuti presentò come ricordo il ritratto del Maestro. Il prof. Graziadei, commosso, ringraziò vivamente quanti vollero rendergli onore e quanti lo coadiuvarono durante i lunghi anni della sua professione.

In memoria del prof. Girald.

Recentemente il Comune di Giffoni Valle Piana (Salerno) ha inaugurato con solennità un ricordo marmoreo alla memoria del dott. Pietro Giraldi, che a Rosario Santa Fè (Argentina) tenne alto. con l'opera filantropica e con l'intelletto, il nome della Patria e del paese che gli dette i natali. Il prof. Giuseppe Vairo fu oratore ufficiale.

In onore di Christiansen.

Ricorrendo il sessantesimo compleanno del valente neurologo, gli allievi hanno voluto offrirgli un volume giubilare, magnificamente impresso, ornato di una fotografia del Maestro; esso fa parte degli « Acta psychiatrica et neurologica » di Copenaghen; reca la seguente dedica:

VIGGO CHRISTIANSEN
PROFESSORI DOCTORI MEDICINAE
DIE IX MENSIS DEC. ANNI MCMXXVII
CELEBRANTI MAXIMA CUM REVERENTIA
GRATIA AMICITIAQUE HOC OPUS
DEDICANT DISCIPULI.

Il volume, di 415 pagine, contiene poche memorie, ma tutte interessanti, dovute ad Arendrup, Borberg, Heyerdahl, Jessen, Knobbe, Lar-

sen, Lind e Lundsteen, v. Neel, M. Schmidt, Schou, J. C. Smith, H. Vedsmand, Werno, K. Winther. Il volume fa onore alla neurologia danese e al festeggiato.

La biblioteca Gaetano Rummo.

La Scuola libera medica napoletana, diretta da Andrea Ferrannini, dopo due anni di vita feconda si è arricchita di una biblioteca.

I mezzi ne sono stati in gran parte dati dai figli del compianto prof. Gaetano Rummo, avv. Amedeo e prof. Romolo.

Essi con grande spirito di liberalità hanno passato e passeranno alla biblioteca intitolata al loro Padre centoundici Riviste estere tra le più autorevoli ed importanti e centotrentatre periodici medici italiani opportunamente selezionati e che ricevono in cambio con la « Riforma Medica ». L'iniziativa merita il plauso degli studiosi, i quali ben sanno come i libri medici oggi presto invecchino: il movimento scientifico s'impernia nei periodici.

La Scuola Magistrale di educazione fisica.

Il 5 corr. il Capo del Governo ha inaugurato una nuova grande opera del Regime: la Scuola Superiore di Educazione Ginnico-Sportiva.

La Scuola, che si propone di formare degli istruttori ginnastici degni dei compiti che il Fascismo assegna alla cultura fisica, sorgerà in Roma sul Viale Angelico, nei pressi della Scuola Centrale Militare, su un'area di 31 mila metri quadrati e sarà composta di un complesso armonico di fabbricati che daranno alla nuova costruzione una imponenza grandiosa.

La cerimonia inaugurale si è svolta nel recinto della Farnesina, alla presenza di molte autorità e di moltissimi intervenuti.

Ha preso subito la parola il Presidente dell'Opera Nazionale Balilla, on. Ricci.

Ha poi parlato il console Riccardo Versari, professore di anatomia umana, presso la Facoltà medica di Roma, nominato direttore della nuova Scuola; egli ha esaltato la nuova opera del Governo Fascista; ha dichiarato che il problema dell'educazione fisica si imponeva, come uno dei più vitali, al nostro Paese e che era necessario educare al più presto dei professionisti pel magistero dell'educazione fisica, professionisti che debbono essere istruiti in un centro di libera indagine che fosse al tempo stesso centro di sapere e di azione fascista.

S. E. Mussolini ha infine pronunciato brevi parole di saluto agli allievi, incitandoli a tener presente che l'educazione fisica si rivolge all'addestramento dell'organismo umano, ma in vista di uno scopo morale e per assicurare alla Patria generazioni ardite.

Per l'Opera Nazionale Dopolavoro.

S. E. il Ministro dell'Interno, pel tramite della Direzione generale di Sanità, ha diretto una Circolare a tutti i Prefetti del Regno, affinchè i medici comunali vogliano cooperare, insieme con gli insegnanti, all'incremento o alla fondazione di nuove sezioni dell'Opera Nazionale Dopolavoro. Di tali benemerenze acquistate sarà tangibile riconoscimento il fatto che i sanitari, i quali più si siano distinti, saranno preferiti nella formazione delle graduatorie dei nuovi concorsi cui partecipino, e, quando si tratti di sanitari degli uffici di igiene dei Comuni, capoluoghi di Provincia, nelle promozioni di grado.

L'opera da prestarsi dai medici è principalmente di propaganda igienica e di consulenza assistenziale, e per mostrare anche la sua riconoscenza ai sanitari, l'Opera Nazionale Dopolavoro, con sede centrale a via Lucina, 17, Roma, ha deciso di istituire un diploma di benemerenza con medaglia di argento. Diplomi e medaglie verranno distribuite ai benemeriti delle Opere assistenziali del Dopolavoro, annualmente, con solenne cerimonia, in un giorno da stabilirsi.

Non si può non plaudire alla opera efficace del Governo svolta a pro' delle istituzioni dopolavoristiche, augurandosi che sezioni dopolavoro sorgano ben presto in ogni più piccolo comune del Regno.

L'opera della C. R. in Albania.

L'opera di soccorso della Croce Rossa Italiana alle popolazioni della Malissia ed ai montanari rifugiatisi a Scutari e colpiti dalla carestia, si svolge con slancio ammirabile. La missione Bonfigli cui sono addetti anche il tenente commissario Canissia ed il dott. Moroni, eseguì distribuzioni quotidiane: quasi tutte le tribù dei Dukagini hanno ricevuto eque razioni di viveri, coperte, cappotti, scarpe.

A Scutari, nel cortile dell'Istituto dei Gesuiti, dove è stato elevato un grande padiglione, si pratica la distribuzione periodica dei viveri alle famiglie dei montanari che si sono dovute rifugiare a Scutari. Queste distribuzioni sono fatte di venti giorni in venti giorni.

Finora sono stati distribuiti 25 mila chili di farina, 35 mila scatole di carne, 10 mila chili di riso, 6 mila chili di sale, 45 mila metri di tela, 8 mila scarpe, 12 mila coperte, 90 mila chili di granturco, oltre ad importanti quantitativi di fagiuoli e di patate nonchè di medicinali. Le distribuzioni continuano ed ognuna di esse dà luogo a spontanee manifestazioni entusiastiche di riconoscenza all'Italia e all'on. Mussolini.

Si sta organizzando una missione di studio sanitario sulle montagne albanesi.

Per gli studii sul prolungamento della vita.

L'americano signor Lasker, capo di una Agenzia di pubblicità, ha donato un milione di dollari al Dipartimento, per le ricerche mediche dell'Università di Chicago, allo scopo di intensificare gli studi intesi a trovare il modo di prolungare la vita delle persone di media età e dei vecchi. Il Rettore della Università di Chicago pro-

clamava ultimamente che, negli ultimi 300 anni, l'esistenza umana è stata prolungata in ragione di quasi una trentina d'anni. Tuttavia — soggiungeva il Rettore — gli uomini che oggi hanno 50 anni, non possono sperare di sopravvivere più a lungo di quelli che un secolo addietro avevano la stessa età. Il munifico dono del signor Lasker mira a sussidiare la scienza, perchè essa escogiti gli espedienti necessari per garentire ai cinquantenni di oggi un più lungo periodo di sopravvivenza di quello calcolato dal predetto Rettore dell'Università.

Lavorazione e vendita di carni avariate.

Un'inchiesta eseguita in una grande macelleria di Homecourt, dei fratelli Pierre, che hanno una dozzina di succursali a Nancy e in tutta la regione della Mosella, nonchè due fabbriche di carni in conserva, accertava che vi era ucciso del bestiame malato dopo la verifica del veterinario. Spesso le bestie erano morte di tubercolosi.

Diritto di uccidere?

Ha destato vivo interessamento in Inghilterra un doloroso episodio: un ex volontario di guerra (ingaggiatosi all'età di soli 16 anni e rimasto in zona d'operazioni per 4 anni), dopo aver perduto la moglie di tubercolosi, stava per perdere un'amatissima bambina, colpita dalla stessa malattia, cui si sovrappose il morbillo complicato a polmonite e a gangrena polmonare: il medico curante assicurava che la piccola paziente non avrebbe passato la notte. In un momento di disperazione, non potendo più vederla soffrire, il padre la uccise, annegandola. Il giurì lo ha assolto, dopo un dibattimento diretto dal magistrato Brasson.

I giornali hanno promosso un referendum tra personalità spiccate, sul diritto di uccidere. Il chirurgo W. A. Lane ha detto di non vedere nulla in contrario all'« euthanasia », purchè sia circondata di cautele: se non si permette neppure agli animali domestici di soffrire, non vede perchè si dovrebbe costringervi gli uomini. Il drammaturgo G. B. Shaw approva che il giurì abbia trovato un compromesso per assolvere. A. Conan Dogle, il quale, notoriamente, è un medico, crede che si debba gratitudine al giudice Brasson, il quale ha creato un precedente che è sperabile abbia sviluppi ulteriori; egli però vorrebbe salvaguardato il diritto di uccidere; stima che in genere debba richiedersi il consenso del paziente. (Dal *Journ. A. M. A.*, 26 nov. 1927).

Per una suora benemerita.

Il giorno 30 gennaio u. s., a Soresina si è svolta una commovente cerimonia per la consegna, in forma solenne, della medaglia d'argento al Merito della Sanità pubblica (con relativo diploma che il Duce Benito Mussolini ha voluto di sua propria mano firmare) a Suor Martina Pozzi che da un quarantennio è R.da Superiora nell'importante Ospedale di S. Croce in Soresina, dove ha svolto, infaticabile, un vero apostolato di carità e di pietà dedicando con prodigiosa solerzia ogni sua energia alla amorosa ed intelligente assistenza degli infermi, guadagnandosi imperitura riconoscenza. Durante la guerra svolse pure la sua opera preziosa nel locale Ospedale Militare territoriale ove furono curati oltre 5000 feriti gravi.

« Année médical pratique ».

Il volume del 1928, pubblicato sotto la direzione del dott. Lian, professore agrégé e medico degli Ospedali di Parigi, conterrà 300 brevi articoli, classificati per ordine alfabetico; essi esporranno gli acquisti recenti d'ordine pratico nel campo della medicina, chirurgia, singole specialità e interessi professionali. È stabilito lo sconto del 25 % ai sottoscrittori. Mandare, prima del 15 marzo, franchi 24 all'editore M. Lépine, rue Vézelay, Paris (8e); conto *chèques* postali 712.04.

Si è spento il prof. J. FIBIGER, anatomo-patologo di Copenaghen, insignito recentemente del premio Nobel per i suoi studî sperimentali sull'eziologia del cancro. Aveva dovuto subire recentemente una grave operazione chirurgica.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Ottobre 1927.

MALATTIA	3-9		10-16		17 23		24 30	
	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi
Morbillo	141	500	155	679	173	1009	200	1156
Scarlattina	192	429	195	467	220	592	219	519
Varicella	33	54	33	44	70	106	77	154
Vaiuolo e Vaiuoloide	—	—	—	—	2	2	3	3
Tifo addominale	554	1194	532	1263	538	1189	513	1130
Dissenteria	20	28	17	19	16	30	6	9
Difterite e croup	216	405	281	499	2 7	516	273	547
Meningite c. s. e.	4	6	2	3	9	10	3	3
Poliomielite a. a.	14	16	15	16	14	15	13	13
Encefalit letargica	3	4	4	4	3	3	2	2
Rabbia { morsicati	52	104	49	70	46	78	48	75
Rabbia { dichiarata	1	1	—	—		—	—	—
Pustola maligna	50	55	49	55	43	47	39	43

Tifo petecchiale, Colera Asiatico, Peste bubbonica: nessuna denunzia.

"IL DIRITTO PUBBLICO SANITARIO,,

Con questo titolo, i F.lli Pozzi di Roma, avviandosi a continuare le sane iniziative editoriali del loro solerte genitore, hanno iniziato la pubblicazione, già preannunziata da oltre un paio di mesi, di una rivista mensile, che incontrerà indubbiamente il favore di tutti i medici, siano essi nelle condotte, o liberi esercenti, ufficiali sanitari, ospedalieri, ecc. Tutti, di fatto, per una ragione o per l'altra, sono interessati a questioni amministrative o legali e, salvo le rubliche speciale dei giornali professionali, troppo scarse per necessità di spazio, non avevano finora altra fonte a cui attingere.

Con simpatica brevità i Direttori, on. dott. A. Carapelle, consigliere di Stato e avv. G. Selvaggi, esercente in Cassazione, annunziano i propositi, che si riassumono nel voler fare una rivista *eminentemente pratica*, per diffondere conoscenze utili.

E sono fedeli alla promessa, pubblicando un articolo su gli atti del Podestà con riferimento all'attività sanitaria, delle succose « Note sintetiche » (Certificati sanitari, Compensi all'Ufficiale sanitario, Determinazione degli stipendi dei medici condotti ed Ufficiali sanitari ed altri) ed una nutrita « Rassegna di Giurisprudenza ». Di grande utilità risulta anche un'altra parte della Rivista, in cui si verranno pubblicando *tutte* le leggi, i regolamenti e le circolari, che riguardano, *sia pure indirettamente*, la sanità pubblica. Delle più importanti leggi attuate nel periodo delle riforme (dal 1923) si darà notizia, con note espositive. La conoscenza di tali leggi e disposizioni è di assoluta necessità per i medici e specialmente per gli ufficiali sanitari, per i quali riesce spesso difficile e talora impossibile il procurarsele; essi potranno così conoscerle nella loro totalità.

« Il Diritto pubblico sanitario » è quindi da ritenersi un *indispensabile complemento* ai giornali professionali, di somma utilità per gli esercenti le professioni sanitarie, sicchè siamo certi che l'augurio che facciamo al nuovo confratello sarà pienamente realizzato.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 11 dic. — R. GAETA. Segno costante per la diagn. di tbc. polm. latente.

Rass. Cl.-Scientif., ecc.. 15 dic. — F. BOTTAZZI. Il metabolismo energetico totale. — L. FERRANNINI. Aja di ottusità vertebrale e paravertebrale sin. alla base del torace.

Amer. Journ. Med. Sc., dic. — R. L. HADEN. Il metabolismo del cloro nella polmonite lobare. — B. D. BOWEN. Studio comparativo sugli esami di funzionalità renale. — L. F. GRAVER. Dolorabilità dello sterno nella leucemia. — W. L. BENDER. Avvelenam. da stovarsolo. — J. B. CARNETH. Pseudoappendicite ricorrente da neuralgia intercostale.

Arch. p. le Sc. Med., dic. — P. MINO e G. MORRA. Emoagglutinine della madre e del feto.

Ann. Inst. Pasteur, dic. — A. WRIGHT. Chimioterapia. — C. LEVADITI e al. Variazioni di virulenza del virus erpetico e del virus erpetoencefalitico.

A Academia, nov. — J. BORGES FREIRE. Morbo e sindrome di Banti.

Revue Tunisienne des Sc. Méd., nov. — HAYAT e BENMUSSA. Intossicaz. grave da latte di capra.

L'Art. Méd., 15 nov. — H.-R. OLIVIER. L'esplorazione funzionale del fegato.

Paris Méd., 31 dic. — Numero consacrato al prof. Gilbert.

Mediz. Klinik, 30 dic. — J. BAUER. La psicologia nell'insegnamento medico.

Lancet, 31 dic. — P. J. CAMMIDGE. Destrinuria.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., dic. — W. MALAMUD. I sensi cutanei nelle percezioni spaziali.

Amer. Jl. Obst. a. Gyn., dic. — J. R. FRASER. Le ovaie nell'osteomalacia. — T. W. ADAMS. La lombaggine in ostetr. e ginec.

Practitioner. gen. — R. S. MCDOWALL. Azione fisiologica del tè. — J. T. MACLACHLAN. Trattam. del dolore gastrico e duodenale.

Mediz. Welt, 17 dic. — F. WOLTER. La febbre fangosa. — F. JUNKER. L'assicuraz. dei tubercolotici. — E. BENDZULLA. Gli aminoacidi nella dietetica.

Bull. Méd., 28-31 dic. — Numero di dermatol.

Marseille-Méd., 5 dic. — J. MONGES. L'amebiasi e le protozoonosi intestinali.

Edinb. Med. Journ., gen. — D. N. PATON. Scienza e medicina.

Wien. Klin. Woch., 29 dic. — SIMMITZKY. L'insulina nella terapia dell'ulcera gastrica.

Journ. Amer. Med. Assoc., 17 dic. — W. A. PUSEY. Mentalità storica. — M. F. CAMPBELL. Epididimite acuta.

Riv. di Cl. Med., 30 set. — E. SIGNORELLI. Malaria- e ricorrente-terapia.

Presse Méd., 11 gen. — R. SCHARF. Rachimetria della crisi epilettica.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 25 dic. — J. BOISSERIE-LACROIX e J. MALAPLATE. L'encefalite nel morbillo.

Sperimentale V-VI. — P. GUIZZETTI. Pars in-

termedia dell'hypophysis cerebri dell'uomo. — A. LEONI. Ricerche morfologiche nel sangue degli scarlattinosi.

Min. Med., 14 genn. — C. PAPPALARDO. Lambliasi intestinale e colecistopatia da lamblia.

Deut. Med. Woch., 13 gen. — GOLDSCHEIDER. Il valore delle direttive morfologiche e funzionali sulla diagnosi e terapia. — P. WOLFF. Lotta contro le tossicomanie da alcaloidi.

Münch. Med. Woch., 13 gen. — FISCHER-WASCLS. Carcinoma mammario sperimentale. — HOLZ. L'immunizzaz. contro la tbc.

Bull. Ac. de Med., 3 gen. — C. POLNARU CAPLESCO. Epatici appendicolari.

Soc. d. Hôp., 7 gen. — M. PINARD. Trattamenti arsenicali intensivi e prolungati negli aneurismi aortici.

Journ. Méd. Franç., dic. — Numero sulla fisiopatologia degli edemi.

Bull Méd., 11-14 gen. — R. BENON. L'astenia in clinica nervosa e generale.

Mediz. Klinik, 13 gen. — K. KAEDIG. Diagnosi della tbc. miliare.

Acta Medica Scandinava, V-VI. — T. STENSTRÖM. Diagn. differ. tra diabete mellito e glycosuria innocens. — U. HJAERNE. Glicosuria ortoglicemica.

Giorn. Ital. di Dermatol. e Sifil., dic. — U. CERCHIARI. Riserva alcalina del sangue in alcune malattie della pelle. — G. CHIALE. Modificazioni dei vasi cutanei inerenti all'età.

Difesa Soc., dic. — A. CARELLI. Vizi di funzione e deformazioni della colonna vertebrale dei fanciulli.

Riv. di Patol. e Clin. d. Tuberc., 31 dic. — F. FRASSETTO. Rapporti fra statura, peso e perimetro toracico nei tubercolotici polm. e nei sani.

Zeitsch. f. Kreishaufforsch., 1° gen. — P. KACZANDER. Patogenesi dell'arteriosclerosi con spec. riguardo al ricambio della colesterina.

Rinasc. Med., 1° gen. — M. BARBÀRA. Biotipo e sue debolezze.

Minerva Med., 7 gen. — A. CECONI. In tema di vitamine.

Presse Méd. 4 gen. — C. OBERLING. Micosi splenica d. Nanta.

Arch. de Med., Cir. ecc., 24 dic. — T. HERNANDO. Carotinemia. — 31 dic. L. URRUTIA. Perforazioni coperte.

Journ. Amer. Med. Assoc., 24 dic. — C. W. BELCHER. Distorsione renale e nefralgia. — D. N. EISENDRATH. Catetere ureterale permanente.

Gaz. d. Hôp., 4 gen. — S. MILHIH e R. LIÈGE. Meningiti uremiche.

Wien. Klin. Woch., 5 gen. — KUTSCHERA-AICHBERGEN. Anatomopatol. dell'angina p.

Arch. d. Mal. du Coeur, ecc., dic. — A. FONTANA. Emoistioblasti basofili e loro derivati.

Medic. Ibera, 7 gen. — M. TAPIA. Febbre di Malta e infezione da Bacillus abortus.

Paris Méd., 7 gen. — Numero sulla tbc.

Folia Clinica, ecc., VII. — U. CARPI. I segni clinici dell'insufficienza pancreatica esterna.

Ann. de Méd., dic. — Numero sull'insulina.

Bull. Méd., 18-21 gen. — G. LYON. Il trasformismo delle malattie e l'evoluzione della terapia.

Presse Méd., 18 gen. — C. LEVADITI. Etiologia dell'eritema polimorfo infettivo, contagioso ed epidemico.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXV — Roma, 20 Febbraio 1928 — Fasc. 7

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

QUESTIONI D'ATTUALITÀ

Nevrosi e colesterina.

Prof. GIOVANNI MINGAZZINI - Roma.

Da qualche decennio non solo il grosso pubblico — la plebe, si direbbe — ma anche l'altro — quello che si crede sufficientemente edotto dalla lettera delle quarte pagine dei giornali o da qualche rivista pseudo-medica — sono letteralmente ossessi da due fantasmi: la neurastenia e l'arteriosclerosi.

A chi di noi medici li interroghi per conoscere quale sia il concetto che si sono formati dell'una e dell'altra malattia, si hanno risposte vaghe, bizzarre, indecise, talvolta contradditorie.

Sarebbe poco male se queste concezioni pseudo-sintomatologiche rimanessero, come diceva Don Basilio, soltanto nel cervello della gente. Il guaio è che a queste idee dominanti segue subito l'applicazione pratica. E malati e non malati ordinano, da loro, quel che è più lodato nelle gazzette, prescrivendosi dosi quanto mai generose, come quelle che secondo la concreta logica rabulistica dell'umanità, debba meglio debellare il male, forse appena nella sua aurora.

Eppure non vi è nelle discipline neuropatologiche argomento più delicato di queste due malattie, vuoi dal punto di vista diagnostico, vuoi da quello terapeutico. Ricordo, qui, ad esempio, una delle sottospecie più frequenti: la *neurastenia cordis et vasomotoria*, che oggi va smisuratamente crescendo, pari gradu con il neomaltusianismo, e della quale fanno parte le nosofobie (sopratutto le tanatofobie). Quì le crisi, costituite dagli accessi tachicardici, dal raffreddarsi istantaneo delle mani e dei piedi, dall'ansia precordiale, dimostrano come realmente domini la debolezza nervosa dell'apparato cardiaco, che solo il riposo in letto, l'isolamento ed i cardiocinetici — non i preparati fosforati e arsenicali — riescono a migliorare ed a guarire, anche in breve tempo.

Si suole, con vocabolo quanto mai inesatto, inquadrare la così detta dispepsia nervosa nelle molteplici forme di nevrastenia ventriculi, in cui cioè l'atonia delle pareti dello stomaco favorisce — specialmente se alimentata dall'uso e dall'abuso dei purganti — il ristagno delle sostanze alimentari; d'onde la formazione dei gas e le fermentazioni anomale.

Ora, come insegna la chimica, i così detti tonici, quali i preparati fosforati, difficilmente riescono a debellare la neurosi se non si riesce ad apprezzare i disturbi chimici fondamentali a carico del succo gastrico (aumento o diminuzione dell'acido idroclorico, de la pepsina, labferment) ed agire conseguentemente con la dieta opportuna e non con rimedi dati a casaccio, e, talvolta antidotici.

Eppure oggi è, diciamo così, « fashionable » curare tutte o quasi tutte queste varietà della grande sindrome neurastenica con prodotti opoterapici pei quali è dubbio se abbiano il diritto di essere chiamati medicamenti: medicamenti, sì, ma purtroppo non sempre somministrati medicamente. Mi sia lecito, a questo proposito, ricordare quel che appresi direttamente dalle lezioni del compianto Dejerine, quando egli ad ogni neurastenico dell'ambulatorio domandava regolarmente: avete dimagrato o siete diventato grasso? Ed egli vi traeva delle conseguenze più che logiche, per modificare, innanzi tutto, a seconda della risposta del malato, la dieta, ed in particolar modo quella dei grassi.

In questo savio interrogatorio è tutto un concetto curativo di prima importanza; esso non è che l'applicazione di uno degli elementi curativi fondamentali degli stati neurastenici, inaugurato da W. Mitchell: Alludo all'iperalimentazione, quale si adopera nelle forme depressive di questa neurosi, e sopratutto in quelle in cui si verifica il dimagramento. Il fatto è noto a quanti hanno la possibilità di seguire il malato dagli esordi del male fino alla sua completa guarigione; poichè quando ancora i pazienti trepidano, dubbiosi, sul buon esito della cura, il medico trae invece dall'aumento del peso del corpo, l'oroscopo della non lontana guarigione. Ora affinchè l'iperalimentazione riesca ad esercitare un'azione efficace, deve essere praticata con un determinato metodo, per quanto concerne l'orario dei singoli pasti e la scelta dei componenti le sostanze alimentari. Anche i neuropatologi, i quali si sono occupati dell'argomento, ritengono che nell'alimentazione del neuro-astenico debba entrare un aumento dell'albumina e degli idrati di carbonio, sopratutto dei grassi. In verità W. Mitchell e con lui Binswanger hanno avuto la pretesa di circoscrivere l'iperalimentazione all'uso di generose quantità di latte e di burro. Ma non pochi dei neurastenici (e non solo da noi, ma anche fuori) si ribellano alla proposta di essere obbligati ad una dieta al certo non troppo lusinghiera. Onde lo stesso Binswanger, già da trenta e più anni a questa parte, ad integrare il coefficiente dei grassi aggiunge giornalmente 2-3 cucchiai di lipanina che mediante le nuove preparazioni può essere oggi sostituita più felicemente dalla colesterina.

Invero un'alimentazione ricca di grassi aumenta il numero dei globuli rossi. Ma in special modo nella cura delle forme cerebro-spinali, delle quali è fedele compagna la tanto temuta fosfaturia, devesi tenere gran conto della colesterina, che al pari della lecitina, diminuisce l'eliminazione dell'acido fosforico, modera l'eliminazione dei fosfati che si trovano in eccesso nelle urine, e di conseguenza in minor copia, nel sangue.

Le considerazioni testè esposte a proposito della neurastenia si applicano, ed a più forte ragione, all'arteriosclerosi. Anche qui dalle forme senili o fisiologiche si può passare o alla forma cardiaca o a quella renale o a quella cerebrale. Ma non sarebbe lecito dimenticare i così detti stati nevrastenici, precursori dell'arteriosclerosi cerebrale, o segnacolo di una insufficienza renale, quali si vedono spesso in individui obesi. Essi nulla hanno a che fare con le vere e proprie manifestazioni dell'esaurimento della funzione di questo o di quell'organo, e pure debbono essere apprezzati e curati con criteri assai diversi. Che qui la dieta voglia essere costituita da alimenti, gli elementi fondamentali dei quali entrino in proporzioni pressochè simili a quelle necessarie ai neurastenici portanti le stigmate del dimagramento, è un fatto, diciamo così, palmare.

Ora, come in sì fatte forme di nevrastenia l'iperalimentazione, specialmente se ricca di lipoidi, migliora le condizioni generali del paziente, così in questa varietà di arteriosclerosi associate a debolezza di cuore, non solo è necessario ricorrere ai cardiocinetici (strophantum, convallaria majalis, sparteina), ma conviene provvedere ad aumentare la nutrizione dell'organismo con una maggiore quantità vuoi di albumina vuoi di lipoidi; i quali, come ha messo bene in evidenza Danilewski, esercitano incontestabilmente un'azione tonicardiaca. Gli stessi Gilbert e Carnot non esitano a dire che sarebbe prematuro di rifiutare attualmente agli arteriosclerotici alimenti che contengono in abbondanza colesterina, in base al pregiudizio che questa riscontrasi pure abbondantemente nei focolai ateromatosi; poichè nulla prova che la presenza di colesterina nel sangue sia la causa della sclerosi arteriosa.

Ma non soltanto in determinate forme di neurastenia essenziale o in quelle che preannunziano l'involuzione senile, è necessario un aumento dell'introduzione di sostanze grasse nell'organismo. Quì è opportuno ricordare quante vere e proprie malattie nervose siano dovute esclusivamente ad infezioni ed a tossinfezioni; e come possa sopratutto la colesterina coadiuvare l'azione dei mezzi antitossici. Penso in questo momento agli studi di Almagià, i quali hanno dimostrato che le iniezioni di questa sostanza sono un mezzo di preservazione negli animali primitivamente iniettati con tossina tetanica. Almagià e Mendes hanno anzi ottenuto la guarigione del tetano in due pazienti, iniettando la colesterina; ed hanno ritenuto che essa neutralizzi le tossine tetaniche, permettendo così all'organismo di sbarazzarsene,

ove fossero già fissate sui centri od elaborate dai bacilli.

Ma non vi è bisogno di ricordare l'efficacia della colesterina nel tetano, malattia relativamente rara nella pratica. Molto più si appalesa l'azione curativa dei lipoidi nelle malattie mentali nelle quali, almeno indirettamente, coagisce senza dubbio la tubercolosi.

Lungi da me di sostenere, come alcuni pretendono in Italia, che l'elemento etiologico della maggior parte delle psicosi, organiche o no, debba ricercarsi nella tubercolosi. Non si può per altro negare che, specialmente in quei Manicomi o in quelle Case di Salute nei quali l'affollamento sia nei dormitori, sia nei refettori domina sovrano e l'igiene del vestito è trascurata, non si può, dico, negare che la tubercolosi attecchisca facilmente e faccia realmente delle vere stragi. Ricordo come, or volgono parecchi lustri, in uno dei Reparti femminili del Manicomio di Roma, da me allora diretto, la tubercolosi si fosse diffusa con una impressionante rapidità: bastò che ad un relativo sfollamento si associasse un aumento dei grassi nella razione giornaliera del vitto perchè in pochi mesi la mortalità per tubercolosi fosse ridotta a zero.

Sarebbe del pari censurabile che dimenticassi l'efficacia meravigliosa dell'alimentazione grassa nella polineurite così insistentemente raccomandata da Edinger. E non è ipotesi azzardata ritenere che i successi si debbono al contributo che la colesterina porta alla ricostituzione degli elementi grassi della guaina midollare, l'alterazione della quale forma il substratum fondamentale di questa malattia.

Se ora riflettiamo come i centri nervosi siano sensibilissimi alle azioni nocive e siano ricchissimi in lipoidi; e come questi siano forniti di qualità e di proprietà antitossiche, sarà facile spiegarci perchè l'alimentazione a base di grassi, ove sia regolarmente praticata da questi pazienti, sia seguita prima o dopo da un senso di benessere. Perciò non mi sembra esagerata la proposizione di Jaconescu il quale dichiara che la colesterina è indicata in tutti i casi di deglobulizzazione, qualunque sia la malattia che la produce.

Ma altre e più gravi malattie nelle quali si dovrebbe ottenere un'ipercolesterinemia ed un'iperlecitenemia sono la tabes e la dementia paralytica. Nell'una e nell'altra, come molti neuropsichiatri hanno a ragione sostenuto, si tratta di un processo morboso che non colpisce solo l'asse cerebro-spinale, ma tutta l'economia del ricambio organico e sopratutto la costituzione del sangue e la vitalità dei tessuti.

Tabici e paralitici spiccano, non tanto per i disturbi subbiettivi da loro accusati, quanto per un vero e proprio deperimento organico il quale si smaschera nel pallore caratteristico della pelle, nella così detta atrofia muscolare globale e nella facile esauribilità, non solo psichica, ma anche fisica. Ora gli studi, praticati sul tasso emoglobinico e sulla quantità dei globuli rossi di questi pazienti, hanno dimostrato che esiste talvolta anche nei primi stadi dell'una e dell'altra malattia un'evidente deglobulizzazione. E del dimagramento danno spiegazione le belle ricerche del Pighini il quale ha, con ripetute prove e riprove, dimostrato quanta enorme sia nei paralitici la perdita dei lipoidi, e sopratutto della colesterina; e della perdita dei lipoidi si ha, secondo alcuni, una prova tangibile nella flocculazione che, con il metodo di Kafka e di Goebel si constata nel Liquor di questi pazienti. Peritz trovò pure nella demenza paralitica una eliminazione di enormi quantità di lecitina, attraverso le feci; e numerosi osservatori hanno constatato nel sangue dei paralitici diminuzione di globuli rossi e del tasso emoglobinico insieme ad aumento dei linfociti. Parrebbe un eccesso preoccuparsi così minutamente dell'alimentazione per lo meno nella paralisi progressiva, se ci trovassimo ancora in quell'epoca in cui ogni paralitico era inesorabilmente condannato a morire. Ma oggi che questa psicosi è suscettibile di guarigione, o quasi, il pensare a rifornire l'organismo di quei lipoidi e specialmente della colesterina, che ha così abbondantemente perduto, è compito indispensabile dei medici.

Quì adunque — specialmente dopo la cura malarica — la colesterina è doppiamente indicata per il suo potere antiemolitico ed antinfettivo. Ed ecco perchè nella clientela privata somministro e con indiscutibile successo, dopo chiuso il ciclo della cura malarica, preparati così detti nutritivi, nei quali i grassi entrano su larga scala.

E qui non sarebbe opportuno in questa breve nota tacere della vexata quaestio: se cioè siano, e in quali condizioni ed in quali stadi della lues, da preferirsi i preparati di mercurio, di neosalvarsan e di bismuto. Tutti però sono d'accordo, vecchi e giovani medici, nel riconoscere che un deperimento organico — o per ragioni di intolleranza individuale o per il troppo frequente ripetere il rimedio o per soverchia dose fino ai limiti dell'abuso — si osserva non di rado nei sifilitici, anche di robusta costituzione, sottoposta all'uso di questi farmaci. Ecco perchè le violente reazioni ed i fenomeni di intolleranza constatati, specialmente dopo l'iniezione dei sali di bismuto, esigono una grande circospezione nell'adoperarli. L'anemia bismutica documentata dal pallore, dal dimagramento, dallo stato depressivo e dall'enorme stanchezza universale, è nota ad ogni medico pratico. Ora quì, secondo l'esperienza di

parecchi osservatori, sono da preferirsi la lecitina e la colesterina che, sostanze ricostituenti per excellentiam, e non avendo alcun potere tossico, spiccano per il loro potere eutrofico. Perciò alcuni saggiamente consigliano di associare l'uso di questi lipoidi alle cure specifiche, in modo che dosi anche deboli dei rimedi antiluetici possano esercitare un'azione pari a quelle più elevate. In siffatte conseguenze la colesterina, con il suo potere di eccitare e regolarizzare gli scambi — specialmente quelli azotati — vale ad impedire la dispersione dei fosfati e provocando la neoformazione dei globuli rossi, agisce come il fosforo, l'arsenico e gli stricnici senza averne gli inconvenienti.

Da quanto ho esposto si deduce come a la colesterina, in grazia del suo potere antiemolitico ed antitossico, si debba attribuire una grande importanza nel combattere gli stati anemici e tossinfettivi.

Non è quì il caso di discutere il meccanismo d'azione, argomento che è di dominio della chimica fisiologica. Sarà ad ogni modo opportuno ricordare come, secondo molti osservatori, sembra che essa si leghi a sostanze emolitiche, quali le saponine ed i glucosidi; neutralizzerebbe così la loro azione tossica, proteggendo i corpuscoli rossi del sangue quando siano attaccati da sostanze emolitiche. Essa produrrebbe così un aumento di resistenza, non solo dei corpuscoli rossi ma anche di tutte le cellule, di fronte all'azione dei veleni. La stessa ipercolesterinemia dei processi infettivi sarebbe in rapporto con la funzione antitossica della colesterina.

Vi sono adunque, intorno all'uso della colesterina nella praxis medica, problemi — per parafrasare una sentenza cara ad Amleto — più numerosi di quanti le nostre attuali conoscenze fin'ora ci dimostrino. Provando e riprovando, si arriverà forse a determinarne, con maggior precisione le indicazioni nella dieta di molte malattie.

E non soltanto occorrerà rivedere l'indirizzo dietetico. È noto, ad esempio, che transitorio è l'aumento dei lipoidi in genere e della colesterina in ispecie nel sangue, quando venga ottenuto con la somministrazione dei medesimi per via orale o parenterale, perchè l'eccesso dopo poche ore abbandona il torrente circolatorio.

Appare quindi utile ricercare mezzi e modalità adatti per esaltare la produzione di queste sostanze difensive, sì da permettere una loro più lunga permanenza nel nostro organismo; il che non potrà essere ottenuto se non stimolando gli organi che presiedono alle sintesi organiche da cui queste sostanze derivano.

Il problema ricco di avvenire, merita a mio parere, tutta la considerazione degli studiosi e dei competenti in materia.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Sindrome cefalalgica post-traumatica.

Dott. PIETRINO CASTAGNA
degli Ospedali e del Comune di Roma.

Martino S., di anni 31, di Roma, carrettiere, mentre un giorno voleva scendere dal proprio carro in corsa, cadde in malo modo andando a battere violentemente con la testa su di un paracarro che si trovava sulla strada. Perdette i sensi e raccolto da un compagno di viaggio, fu condotto a casa sua ove riprese i sensi un'ora dopo.

Chiamato al letto del p. ho notato: individuo di ottime condizioni fisiche, nessuna alterazione al l'apparato respiratorio, circolatorio ed organi interni in generale. T. 37°.2. Polso regolare. Sintoma predominante: una forte cefalea specie in corrispondenza della regione occipitale, incominciata appena il p. riprese la conoscenza, dopo il traumatismo.

Questa cefalea si manifestò poi a tipo continuo, diurna e notturna, offrendo, ogni giorno, e, talvolta, ogni due giorni, dei parossismi terribili. atroci.

Essa cominciò verso la nuca, per invadere in seguito e presto la mandibola, le tempie e il vertice della testa. Verso il terzo giorno provocò nel p. delle sensazioni intracraniche, molto moleste: sensazioni di stiramento, di gonfiore, di strappamento, di sballottamento e di spostamento.

Presente ed in modo costante il segno della irritazione trigemino-occipitale di Marrat e Fisson.

Qualunque minimo movimento brusco, specie di inclinazione della testa, aggravava considerevolmente il male, dando al p. delle violenti vertigini e forti stordimenti.

I parossismi cefalalgici erano sempre seguiti da intensa astenia, caratterizzata da abbattimento profondo con difficoltà di memoria e confusione di idee. Questa astenia, determinata, così, dal dolore fisico, a poco a poco diminuiva per scomparire ad accesso finito.

La cefalea nei momenti di parossismo portava talvolta il p. ad isolarsi (tendenza melanconica) oppure ad inquietarsi ed arrabbiarsi per il suo stato (tendenza ipocondriaca). Il più spesso gli produceva una agitazione a base di svuotamento.

L'ammalato diventa così mano a mano irritabile, irascibile, cattivo, violento, cammina su e giù per la propria casa, non può stare fermo, si eccita, ha delle crisi di vera isteria. E quando questi fenomeni si producono, l'astenia, derivante dall'accesso della cefalea, è più persistente ed è più profondamente sentita dal p.

Dopo qualche mese cominciò ad uscire di casa, ad attendere a qualche lavoro, ma la cefalea non fece che aggravarsi in seguito a qualche sforzo muscolare od intellettuale, a qualche strapazzo, o a qualche accesso di bere compiuto dal p. Consigliai pertanto il riposo assoluto, a casa, ed in campagna all'aria libera e potei così constatare un certo miglioramento della cefalea e dei fenomeni anzidetti.

La puntura lombare non mi diede alcun risultato di beneficio tangibile ed una seconda volta che la praticai rese l'ammalato più inquieto.

Tenni sempre l'ammalato in osservazione per

vari mesi, ma non vidi nessun segno di guarigione, poichè ad ogni minima fatica o ad ogni cambiamento di tempo la cefalea ritornava con tutta la sua fenomenologia.

Queste condizioni perdurano tutt'ora.

Esaminiamo e discutiamo la storia di questo malato.

La sindrome che egli presenta ha dei caratteri che permettono, secondo me, di separarla nettamente dalle altre sindromi nevrotiche post-traumatiche.

Essa costituisce una specie di cefalopatia funzionale la cui anatomia non mi sembra dubbia.

È noto come dopo i traumatismi, specie dopo i traumatismi del cranio seguiti da commozione cerebrale, persistono spesso cefalea, vertigini, confusione alle orecchie, stordimenti in genere. Questi fenomeni che si producono in maniera intermittente, costituiscono come una varietà dei postumi traumatici, la cui gravità dipende dalla loro frequenza e dalla loro intensità.

Essi si possono osservare allo stato semplice, ma si possono anche complicare con astenia o con preoccupazioni ipocondriache. I traumi, spesso anche le ferite della testa e della periferia, lasciano pure molte volte delle algie, dei dolori locali molto molesti e snervanti ma abitualmente intermittenti.

La cefalea traumatica in questo paziente è derivata dalla commozione cerebrale seguita da perdita di coscienza.

Lo scuotimento della massa encefalica per il colpo e per la caduta ha avuto certo un'azione importante.

Inizio. — Il fenomeno cefalalgico si manifestò subito dopo il traumatismo, appena il p. ha ripresa la conoscenza.

Non ci fu qui periodo di osservazione, di attesa, come avviene in altre forme di nevrosi o di psiconevrosi traumatiche; la cefalea, fenomeno fondamentale della sindrome, è contemporaneamente il fenomeno primitivo.

Con essa, all'origine, sono coesistite astenia traumatica normale, amnesia, ed un certo grado di confusione mentale e non tutti questi fenomeni sono constatamente scomparsi per lasciare posto alla sola sindrome cefalalgica.

Si hanno, di questa sindrome, comunemente, delle forme leggere, di lievissima entità e forme medie e forme gravi, come il caso in esame. Della ultima io voglio trattare perchè solo questa ultima attira la nostra attenzione e per la intensità e per la durata del male ed anche a causa delle complicazioni che da essa ne risultano.

Abbiamo visto, descrivendo il caso mio, tutta la fenomenologia e i caratteri propri che presenta questo tipo di cefalea traumatica. Abbiamo visto anche a quali complicazioni essa va incontro e queste sono per lo più, relativamente rare, ma varie.

L'agitazione, a base di snervamento durevole e ripetuto, è la complicazione che sembra più comune e più frequente. Essa può provocare delle reazioni distruttive o nocive da necessitare qualche volta il ricovero in una casa di alienati.

La cefalea provoca così la comparsa di un accesso iperstenico semplice, ma sul quale possono venire ad impiantarsi delle idee a tipo delirante.

La sindrome astenica secondaria alla cefalea parossistica può aggravarsi e durare e coesistere con la sindrome cefalalgica primitiva.

Parimenti la cefalea traumatica può essere complicata, come abbiamo visto, da psicosi a base di dolore, di inquietudine o di snervamento, cioè a dire, la melanconia, l'ipocondria, e talvolta il delirio cronico di persecuzione.

E può persino accadere che essa termini in qualche caso, e dopo dei fenomeni ripetuti e prolungati, con confusione mentale lenta e con demenza precoce (sindrome ipotimica cronica).

Vediamo così chiaramente quale sia la molteplicità e la complessità di concatenamento dei fatti clinici.

La diagnosi di essa e delle complicazioni dipende dall'osservazione medica dettagliata, che attribuisce a ciascun sintomo o sindrome, il posto che gli spetta nella evoluzione grande delle turbe provate o espresse dal metodo.

Studiamo qui la diagnosi differenziale fra cefalea traumatica e astenia o neurastenia traumatica.

L'astenia traumatica si accompagna in modo costante a cefalea e l'ammalato affetto da cefalalgia traumatica accusa quasi sempre dei sintomi di ordine astenico.

Questo ci indica come spesso la diagnosi sia difficile se non in tutti i casi, almeno in gran numero di essi.

In primo luogo abbiamo che la cefalea dell'astenico non offre in generale i caratteri speciali della cefalea osservata nella sindrome cefalalgica.

Essa è meno continua, i parossismi sono rari ed è piuttosto frontale che occipitale.

La testa è vagamente pesante, ed è più scarsamente dolorosa in modo violento. La sensazione di movimenti e di svuotamento all'interno del cranio è eccezionale. Inoltre l'astenico traumatico attribuisce poca importanza a questa cefalea, e si lagna specialmente del suo stato di debolezza generale.

Mentre, al contrario, nella sindrome cefalalgica post-traumatica, l'ammalato mette sempre in seconda linea i fenomeni di esaurimento nervoso.

In secondo luogo l'astenia, nell'astenico, è costante e di media entità.

Nella sindrome cefalalgica, l'astenia, è legata ai parossismi ed è fortemente sentita ed avvertita dopo questi parossismi: mentre nell'intervallo degli accessi essa non esiste o quasi.

Io considero molto importante il carattere episodico dell'astenia nel decorso della sindrome cefalalgica.

Nel mio malato non si può parlare di una affezione dovuta ad astenia traumatica e tanto meno a demenza traumatica.

Infatti i fenomeni di inattività intellettuale, l'assenza di spontaneità ideativa, erano chiaramente in relazione con l'astenia generale, colla cefalea: non erano di origine demenziale.

D'altra parte l'astenia di questo ammalato non era che uno stato secondario; il fatto fondamentale era la cefalea.

Presente inoltre, e costante, come ho detto, era il segno di irritazione trigemino-occipitale di Marrat e Pieron, che essi dicono molto frequente negli ammalati affetti da sindrome cefalalgica post-traumatica, da loro chiamata *sindrome commozionale*. A me pare che la indicazione di *sindrome commozionale* non debba essere adottata poichè per qualificare una sindrome funzionale bisogna considerare il caso non dal punto di vista eziologico, ma dal punto di vista clinico.

La commozione, qui, non può essere altro che causa.

Ora, la commozione, fattore etiologico, provoca delle sindrome varie e complicate, e tutti i soggetti commozionati sono specialmente degli astenici, altri degli ipertimici semplici e deliranti, alcuni sono dei confusi, altri dei discinesici, dei cefalalgici, ecc.

Prognosi. — La guarigione completa della sindrome cefalalgica post-traumatica sembra eccezionale. Quando l'ammalato è a riposo, si nota il distanziamento degli accessi e dei parossismi, ma il male persiste e continua in modo leggero per aggravarsi alla benchè minima fatica. I lavori pesanti, il dispendio eccessivo di energie fisiche e forse i cambiamenti di tempo (vedi la storia del mio caso) fanno ricomparire le cefelee traumatiche.

Gli ammalati affetti da siffatta sindrome si giovano della vita di campagna, dell'aria aperta, del riposo, della solitudine. Le voci, le contrarietà, i rumori, le preoccupazioni aumentano in loro la frequenza e la violenza degli accessi dolorosi.

La puntura lombare non dà alcun risultato: talora produce un lieve miglioramento, talaltra provoca dei forti accessi parossistici come io ho potuto constatare.

Le mie concezioni intorno a queste sindrome si possono riassumere nelle seguenti conclusioni:

1) Si può avere, come è noto, una forma di nevrosi e di psiconevrosi post-traumatica che si può designare sotto il nome di *sindrome cefalalgica post-traumatica* o di *cefalea traumatica.*

2) Nella sindrome cefalalgica post-traumatica, la cefalea è un sintoma primitivo, precoce ed essenziale.

3) Questa cefalea ha dei caratteri propri, e, come ogni dolore fisico, esso provoca (secondo predisposizione costituzionale dell'individuo affetto) delle reazioni più o meno accertate di ordine distinico e di ordine dis-tenico.

Le reazioni di ordine distimico sono specialmente caratterizzate da svuotamento e più raramente da inquietudine.

4) L'astenia che segue le crisi parossistiche deve essere considerata come l'astenia normale.

5) Le complicazioni gravi della sindrome cefalalgica post-traumatica sono a volte rare, a volte svariate: le più frequenti sembrano essere l'agitazione colerica, l'ipocondria, la melanconia, il delirio di persecuzione, ecc.

6) La sindrome cefalalgica post-traumatica differisce dall'astenia traumatica, e dalla demenza traumatica.

Sembra però che esistano delle forme associate di difficile diagnosi.

Roma, marzo 1927.

Contributo al taglio cesareo per placenta previa centrale

pel dott. ENRICO BUSSALAY, chirurgo primario.

Si ritorna spesso sull'argomento e non sembrerà eccessivo se si pensi che interessa tutte le gerarchie sanitarie. Infatti a cominciare dalle condotte per passare agli ospedali di provincia, anche ai non specialisti, grava l'obbligo delle prestazioni d'urgenza e così come nelle cliniche specializzate v'è l'obbligo del trattamento conveniente dei casi di placenta previa.

Ma nella condotta l'azione del sanitario è contenuta in confini angusti e si limita al tamponamento in gravidanza, al pallone di Champetier in travaglio ed in mancanza di questo ai mezzi dilatanti (manuali o strumentali) e poi alla perforazione della placenta, alla rottura delle membrane ed alla versione alla Braxton-Hichs con successivo impegno di un arto inferiore che agisca da tampone. Non si vuol con questo negare

che anche nella clientela privata, in ambienti disadatti, con insufficiente assistenza, da mano esperta possa essere eseguito il taglio cesareo d'urgenza, come può essere eseguita una tracheotomia. Di questo ha dato esauriente relazione il sottoscritto in una nota pubblicata dal *Policlinico* (Sez. Pratica) nel 1923. Ma dove il taglio cesareo può essere eseguito con tutte le garanzie è nelle case di cura, negli ospedali piccoli o grandi attrezzati alle varie categorie della chirurgia. In questi ambienti si può scegliere tra l'intervento per vagina e l'intervento per via addominale. La condotta sarà certamente, dall'esperto, regolata caso per caso. Ma, in linea generale, si può dire che nell'intervento per via vaginale bisogna prospettarsi le seguenti evenienze: 1) Il segmento sopravaginale del collo dell'utero ha scarse proprietà contrattili che possano garantire l'emostasi, dopo espulsione della placenta, senza far correre all'ammalata il rischio d'una metrorragia profusa. 2) Nell'intervento per via vaginale è condizione sine qua non la sufficiente dilatazione del collo il che importa perdita notevole di tempo fatta anche astrazione da quella che implica la sequela di manualità che a detta categoria d'intervento si connettono. 3) La vitalità del feto è spesso compromessa specialmente quando si interviene a dilatazione iniziale.

Per far fronte a questi possibili inconvenienti il chirurgo ha nel taglio cesareo un metodo prezioso e sollecito nei casi di placenta previa centrale. A quale forma di taglio si deve dare la preferenza? Alla più semplice: al taglio alla Sänger. Ma, in ogni modo, è bene tener conto di quanto ha asserito il Guzzoni nel recente congresso (XXX) della Società italiana di ostetricia e ginecologia. Nelle cliniche, nella maternità, nelle mani abili adusate a simili imprese — dice egli — si potrà ricorrere secondo le indicazioni al taglio cesareo conservatore alla Sänger o al soprasinfisario o al taglio alla Porro. In clientela privata, dovendo tener conto che l'atto operativo deve compiersi d'urgenza, in ambienti disadatti, con insufficiente assistenza non essendo possibile il trasporto dell'operanda in ospedale e talvolta da chi non l'ha mai eseguito nè visto eseguire noi dobbiamo raccomandare l'atto operativo più rapido e più semplice. Epperciò in questi casi si deve dare la preferenza al taglio cesareo conservatore con sgusciamento dell'utero pieno e taglio trasversale sul fondo e se non vi fosse un aiuto abile il taglio longitudinale anteriore dell'utero senza sgusciamenti ricorrendo in ambienti disadatti e nelle condizioni preaccennate all'operazione alla Porro con trattamento extraperitoneale del peduncolo. Spigolo dalla mia modesta statistica qualche caso.

Viene introdotta d'urgenza per metrorragia l'8-5-926 nell'ospedale di Orzinuovi da me allora diretto B. Giulia di anni 39 di Antonio da Cesarina, casalinga. Non precedenti ereditari. In passato mai malattie. Due anni addietro un parto distocico espletato dall'ostetrico per via vaginale. Ultima mestruazione circa 9 mesi prima dell'ingresso all'ospedale.

All'esame obbiettivo: donna di piccola statura m. 1.40. Anemica. Agli organi toracici niente di speciale. Gravidanza al 9° mese. Feto in situazione longitudinale con presentazione di testa non impegnata. Doppio battito cardiaco fetale sulla linea mediana nel tratto O. P. All'esplorazione vaginale: dilatazione del collo a 3 cm. Si individualizza una placenta previa centrale. Si formula una diagnosi di metrorragia da placenta previa in gravida a termine. Come misura preventiva si pratica un tamponamento vaginale mentre si eseguono i preparativi per un intervento radicale.

E di fatti, qualche ora dopo l'ingresso della p. si pratica, sotto l'anestesia etero-morfinica, l'intervento cesareo conservatore. Si estrae un feto maschio asfittico che viene rianimato. Decorso post-operatorio regolare. Cicat. per 1ª. Dimessa guarita il 7-6-926.

Altro caso di intervento cesareo per placenta previa riguarda V. Teresa fu Andrea di a. 23 da Orzinuovi, casalinga, ricoverata d'urgenza nella notte dal 20 al 21 maggio 1927. Anamnesi ereditaria negativa. In passato mai malattie di qualche importanza. Un anno addietro aborto al 4° mese. Ultima mestruazione 8 mesi prima dell'ingresso all'ospedale. Da otto giorni doglie, gemizio di sangue talora in quantità preoccupante. È stata tamponata, a domicilio, ed inviata all'ospedale.

All'esame obbiettivo condizioni generali discrete. Aspetto buono. Polso valido. Esame cardio-polmonare negativo. Addome voluminoso più che non comporti una gravidanza all'8° mese. Tensione permanente della parete uterina. Sensazione simile a quella che si prova quando si comprime una cisti bene riempita. Un polo fetale allo stretto superiore costituito dalla testa in O I S A; 2° polo al di sotto del fondo dell'utero a destra della linea mediana; 3° polo in corrispondenza della fossa iliaca destra. All'esplorazione vaginale; 3 cm. di dilatazione del collo. Constatazione di corpo molliccio che occupa tutta l'estremità inferiore dell'utero.

Si pratica un tamponamento in attesa che si completi la dilatazione del collo ma all'indomani si riscontra persistenza dell'inerzia uterina e dilatazione di poco aumentata. Si fa diagnosi di metrorragia da placenta previa con gravidanza gemellare ed inerzia uterina.

Col consenso dei famigliari si procede al taglio cesareo conservatore, col sussidio dell'anestesia etero-morfinica. Dopo laparo-isterotomia mediana si riscontrano due feti in due sacchi separati, con due placente distinte. La placenta previa appartiene al feto situato a sinistra il quale ha la testa in parte impegnata. L'altro feto, pure in situazione longitudinale, ha il podice in basso. Lacerazione delle membrane ed estrazione dei due feti. Secondamento immediato

artificiale. Sutura uterina ed addominale. In. ergotina.

Decorso regolare. Cicat. per 1ª Infine guarigione perfetta al 20° giorno.

Il taglio cesareo fu eseguito in questi due casi col massimo della sollecitudine (1/2 ora) e col minor disagio possibile delle pazienti. Tra il 1° ed il 2° intervento si succedette, cronologicamente, un caso in cui fu impiegato il trattamento per via vaginale in donna egualmente affetta da placenta previa con gravidanza a termine. Si trattava di certa B. Lucia, da Villachiara, pluripara, di a. 41, ricoverata nell'ospedale di Orzinuovi il 9 marzo 1927. Da tre giorni in sopraparto. Apparve metrorragia. All'esplorazione vaginale si riscontravano 8 cm. di dilatazione del collo. Feto in situazione trasversale. Placenta previa centrale. Doppio battito cardiaco fetale nel quadrante inferiore destro. Si pratica una toeletta vaginale, si esegue la placento-rexi, la rottura delle membrane, quindi si esegue il rivolgimento con manovre esterne ed interne che riesce alquanto laborioso per la contrattura quasi tetanica dell'utero e poi l'estrazione podalica lunga per l'ostacolato disimpegno delle braccia, e sopratutto per l'enorme volume del feto (peso kg. 4 1/2). Secondamento artificiale.

Decorso post-operatorio; movimento febbrile di lieve entità per alcuni giorni, ma, infine, guarigione perfetta.

Confrontando le peripezie verificatesi in questo intervento, il tempo impiegato per l'esecuzione dello stesso, (più di 1 ora) con quello impiegato per l'esecuzione del taglio cesareo, negli altri due casi, l'esito dei feti si può avere una conferma della bontà della via chirurgica nella cura della placenta previa centrale.

Nuoro, giugno 1927.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI RESPIRATORI.

Studi sull'asma bronchiale.

(*Jour. A. M. A.*, vol. 89, n. 11, 1927).

1. *Le cutireazioni negli asmatici.* — Il metodo della cutireazione negli individui ipersensibili, preconizzato fin dal 1873 da Blackley, è attualmente molto in voga, specie nelle cliniche americane.

J. S. MC. LAUGHLIN (*ibid.*) lo ha applicato in 1281 asmatici, con un totale di 32725 reazioni, iniettando 0,01-0,02 cmc. di estratto nel derma.

Nei casi a forte positività deve apparire, secondo l'A., una grossa papula rilevata e frastagliata, con presenza di «pseudopodi» la positività va invece diminuendo a mano a mano che la papula diviene rotondeggiante e diminuisce di volume.

La reazione è inoltre tanto più positiva, per quanto maggiore è stata la diluizione della proteina usata.

In linea generale si possono dividere le sostanze usate per la cutireazione in due categorie: 1) sostanze che provocano reazioni forti in soluzioni diluite, e che, in soluzione concentrata, possono provocare fenomeni anafilattici generali più o meno gravi (pollini, forfore animali, polveri di radici di iridacee);

2) sostanze che vengono usate per la cutireazione in concentrazione massima, e che non provocano mai manifestazioni di anafilassi (penne, polvere di casa, peli di capra, tabacco, alcuni cereali, specie il riso, numerose sostanze alimentari).

La percentuale della positività varia, nei casi dell'A., da un massimo del 63:100 (polvere di casa), a un minimo di 0,7:100 (colla di pesce), con valori intermedi per le seguenti sostanze, nell'ordine: penne, pepe, lana, tabacco, forfore, proteine vegetali.

Percentuali varie furono ottenute usando estratti di sostanze alimentari, e vari medicinali di uso comune.

Dal complesso delle sue osservazioni l'A. conclude che la cutireazione, sebbene utile, non costituisce tuttavia il metodo più importante nello studio diagnostico dell'asma.

Da una reazione positiva, indice della sensibilità cutanea verso una data sostanza, il medico potrà trarre le sue deduzioni per condurre ulteriori ricerche nel soggetto.

2. *Fattori speciali che intervengono nella cura e nella guarigione dell'asma.* (J. A. CLARKE, *ibid.*). — Tale cura fu dall'A. applicata sotto quattro forme

principali: specifica, chirurgica, vaccini e medicamenti.

La cura specifica fu fatta nei soggetti con cutireazione positiva, cercando sia di allontanare da questi la causa dell'ipersensibilità, sia iniettando sottocute soluzioni delle sostanze anafilattizzanti. Il potere di tale iposensibilizzazione è però limitato. Un soggetto ad esempio sensibile verso la forfora del cavallo potrà, dopo la cura iposensibilizzante cavalcare impunemente, ma non gli sarà concesso di trascorrere delle intere giornate in una stalla.

Si dovrà quindi, in generale, provvedere anche all'eliminazione della causa patogena.

Il trattamento chirurgico riguardò i casi di asma con affezioni delle cavità nasali e dei seni, sia malformazioni che infezioni.

Alla vaccino-terapia, in forme piuttosto di stokvaccino, che di vaccino autogeno, si ricorse allorquando non fu possibile di avere una cutireazione positiva, nè di dimostrare un focolaio d'infezione.

I medicamenti furono rappresentati: dagli ioduri, dalle inalazioni di stramonio, e dai preparati di surrenale.

Procedendo con tali metodi, in 1191 casi di asma, l'A. potè fare le seguenti osservazioni:

Il fattore più importante nella prognosi dell'asma bronchiale è l'età del paziente, ottenendosi i migliori resultati tra 5 e 15 anni. La durata della malattia sembra invece avere scarsa importanza, come pure il sesso.

La prognosi migliore è per i soggetti con cutireazione positiva, mentrechè una infezione complicante la malattia diminuisce di molto la speranza di successo.

La prognosi peggiore è poi per i soggetti nei quali la cutireazione è negativa e non si può dimostrare una qualsiasi sorgente d'infezione.

Poco influiscono sulla prognosi gli ispessimenti peribronchiali e i larghi tralci da essi partenti, dimostrati alla radiografia.

Resultati scarsissimi si hanno nei soggetti in cui radioscopicamente si mette in evidenza una infezione a carico dei lobi inferiori.

3. *Osservazioni sul naso e la gola in pazienti di asma* (P. S. STAUT, *ibid.*). — La relazione patologica tra infezione dei seni cranici e bronchite è un fatto ben stabilito; non è però ancora ben chiaro come tale infezione possa esercitare un influsso sopra gli accessi di asma bronchiale.

L'A. ha constatato che nel 30: 100 degli asmatici i seni si mostrano opachi con la transilluminazione, e il 26:100 con la radiografia. Solo nel 22:100 dei casi si ottenne buon resultato dalla cura. Questa consistente in: lavaggi degli antri infetti, sotto anestesia locale; uso della suzione, esercitante una pressione negativa; medicazione con preparati di argento colloidale; interventi chirurgici.

Più frequente di quanto non si creda è l'infezione dei seni sfenoidali, ben svelabile coi raggi X.

Nel 24: 100 dei soggetti si ritrovarono poi polipi delle fosse nasali, e spesso deviazioni del setto e dei turbinati.

Un'altra condizione morbosa concomitante con l'asma è rappresentata talora dalle affezioni tonsillari; ma l'asportazione delle tonsille non sembra modifichi troppo la prognosi della malattia fondamentale.

Più rare invece furono ritrovate le affezioni auricolari (otite media purulenta cronica, polipi del canale uditivo, sensibilità mastoidea). Queste meritano ulteriore studio, come pure lo meritano le infezioni della bocca, specie quelle a carico delle radici dei denti.

4. *Osservazioni radiologiche nell'asma* (S. J. HAWLEY, *ibid.*). — Non eccessivamente rari sono i casi di asma in cui la radiologia mette in evidenza dei corpi estranei nelle vie aeree. Tale proprietà, dati i caratteri delle manifestazioni cliniche, identiche a quelle di un tipico accesso asmatico, deve essere tenuta presente, specie nei bambini.

Una infezione cronica dei lobi inferiori nell'adulto può poi eccezionalmente essere in dipendenza di un corpo estraneo aspirato molti anni prima, e non diagnosticato.

Per questa, come per altre ragioni importantissime, l'asmatico deve essere sottoposto a indagini radiologiche.

Dalla statistica dell'Autore risultano le seguenti percentuali di reperti radiologici in soggetti asmatici: ispessimenti peribronchiali generalizzati 27:100; infezioni croniche dei lobi inferiori 23:100; tubercolosi 18:100; tralci parailari ispessiti 12:100; ingrossamento dell'aria cardiaca 3:100; enfisema 1:100; nessuna alterazione 16:100.

5. *La broncoscopia nelle diagnosi e nel trattamento dell'asma bronchiale* (L. H. CLERF, *ibid.*). — La broncoscopia rappresenta un ausilio diagnostico notevole nei casi di asma in cui esistono segni non bene chiari di affezione dell'albero tracheobronchiale, e nei casi in cui i comuni metodi di cura falliscono.

Con tale mezzo di ricerca possono essere messi in evidenza i seguenti fatti:

1) Processi di flogosi cronica della mucosa tracheo-bronchiale;

2) Restringimento del lume dei piccoli bronchi per ispessimento della mucosa;

3) Alterazione della secrezione, che diviene più spessa, abbondante ed aderente;

4) Immobilità delle ciglia, o addirittura perdi-

ta di tali terminazioni, o degenerazione grassa delle cellule della mucosa bronchiale;

5) Collasso delle pareti della trachea e dei bronchi durante l'espirazione e la tosse.

La broncoscopia può poi riuscire terapeuticamente utile rendendo possibile l'aspirazione del secreto in certi casi di asma, accompagnati da tracheobronchite cronica o suppurazione parziale del polmone.

Comunque, è essenziale la cooperazione del broncoscopista e dell'internista, dovendo questi studiare accuratamente il singolo caso dal punto di vista etiologico, prima di sottoporlo a tale speciale indagine.

M. FABERI.

Le adenopatie peri-tracheo-bronchiali di natura sifilitica nei bambini.

(TROPEA-MANDALARI. *Clinica ed Igiene infantile*, n. 5, settembre 1927).

Le adenopatie mediastiniche così frequenti nella prima infanzia sono a torto attribuite senz'altro alla tubercolosi potendo dipendere da varie altre cause.

Sintomi clinici patognomonici questa affezione non offre, come del resto nessun'altra in medicina, ma questa ancor meno delle altre sebbene in nessuna malattia come in questa siano stati descritti tanti sintomi specifici. La radiodiagnostica e la cutireazione sono importanti aiuti alla difficile diagnosi clinica.

Nobecourt afferma che l'ipertrofia cronica del tessuto linfoide della faringe è una causa importante di adenopatie tracheobronchiali semplici non tubercolose.

All'Accademia di Medicina di Parigi nel 1923 Léon Bernard e Vitry riferirono di avere trovato tali adenopatie banali in ben 64 casi di fronte a 130 di adenopatie sicuramente tbc. Queste idee non sono però confermate da tutti gli AA. Nell'agosto 1925 Guinon e Levesque dopo uno studio di circa un anno sull'argomento, mettono in dubbio l'esistenza di adenopatie croniche non tubercolari.

L'A. asserisce di avere riscontrato spesso adenopatie peritracheobronchiali in bimbi con tare eredoluetiche onde ha iniziato uno studio sull'argomento da questo interessante punto di vista. La letteratura sull'argomento è quasi muta. Nobecourt cita un caso di adenopatia luetica peritracheobronchiale, e ricorda come Defourg nel 1887 riportasse la guarigione dell'adenopatia in una bimba eredoluetica di 10 anni e mezzo, in seguito a un mese di cura jodo-mercuriale.

Indelli nel *Jarhbuch für Kinderheilkunde* del 1912 cita 3 casi di adenopatia con cutireazione negativa e R. Wassermann positiva.

Le adenopatie tracheobronchiali luetiche esistono quindi senza discussione: si tratta di stabilirne i caratteri.

L'A. riporta poi otto casi clinici accuratamente studiati e corredati da opportune radiografie dimostrando così esistere adenopatia tracheobronchiale in molti eredoluetici senza alcuna tara tubercolare. Eseguì anche ricerche necroscopiche su 10 casi di feti morti eredoluetici e trovò sempre unitamente ad ipertrofia degli altri gangli per es. ascellari, anche quella dei gangli mediastinici.

L'A. conclude ammettendo che non tutte le adenopatie tracheobronchiali dell'infanzia sono tubercolari come sinora si ammetteva dai più. Esse possono essere anche iperplasie di natura diatesica, o consecutive a malattie acute, sebbene queste siano ancora discusse, e *con notevole frequenza sono di natura luetica*. La diagnosi va fatta sulla base di dati clinici e della radiografia convalidandola con ricerche di laboratorio, cioè R. W. positiva di fronte a cutireazione costantemente negativa. La terapia è la solita antiluetica, ed è assai efficace.

L. TONELLI.

La pleurite «a pagliuzze».

(BARBIER e TRICAUD. *Journ. de Méd. de Lyon*, 1927, n. 190).

Si dà questo nome ai versamenti che contengono cristalli brillanti di colesterina, talora in proporzioni rilevanti: il tasso di colesterina può raggiungere nel versamento il 45 per mille.

Si tratta sempre di versamenti cronici, che evolvono talora in 20-30 anni. Anche abbondanti, spesso non si rivelano nè con segni funzionali nè con segni generali netti: anche i segni fisici sono modici.

Il versamento è talvolta incistato, ma può occupare la grande cavità: la puntura esplorativa dimostra sempre una corteccia pleurica molto spessa. Il liquido ha in genere i caratteri dei vecchi versamenti: è chiliforme, grassoso, o puriforme pur essendo asettico. La tubercolosi sembra essere la causa più abituale di questi versamenti. Il meccanismo di comparsa dei cristalli di colesterina ha dato origine a numerose discussioni. Tre sono le teorie più attendibili: quella dell'origine *sanguigna*, di Izar, che assimila la pleurite a pagliuzze ai depositi locali di colesterina di Chauffard.

Quella dell'origine *pleurica*, di Angelini, secondo la quale la pleura malata diverrebbe una membrana semipermeabile che lascierebbe filtrare la colesterina proveniente dal sangue e non quella che va al sangue.

Infine quella dell'origine *liquida*, di Coyon e

Fiessinger, secondo la quale la colesterina proverrebbe dal disfacimento dei leucociti in vaso chiuso, senza riassorbimento parietale notevole, a causa dello spessore della parete.

Gli AA., ponendo 300 grammi di questo liquido in ambiente sterile, *in vitro*, e pesandolo a varii intervalli per un mese, tenuto conto beninteso dell'arricchimento dovuto all'evaporazione della parte liquida, hanno constatato un aumento progressivo del tasso colesterinico nel versamento, cosa che depone a favore della terza teoria.

La terapia dell'affezione è dubbia: sembra che meglio sia l'astenersi da interventi aggressivi; l'intervento chirurgico (pleurotomia) sarebbe disastroso (come negli empiemi tubercolari); Izar ha proposto il pneumotorace artificiale, ma con risultati poco incoraggianti. Forse potrebbe discutersi l'opportunità di una toracoplastica limitata alla regione del versamento.

GARRONE.

Trattamento e prognosi delle pleuriti essudative.

(PETTINGILL e STANHOPE, *Boston Med. a. Surg. Journ.*, 1927, n. 11).

Gli AA., in una nota preventiva, si propongono di illustrare i beneficii del trattamento col riposo prolungato nelle pleuriti essudative tubercolari.

Essi si basano sull'osservazione di 35 casi, occorsi su 1574 pazienti del sanatorio di Essex.

Di questi, 10 erano secondari a lesioni polmonari, 25 primitivi in apparenza.

Tre dei malati con versamento secondario vennero trattati localmente con l'aspirazione del liquido; in uno solo tale aspirazione dovette esser ripetuta più d'una volta (tre volte). Il trattamento generale fu quello usuale delle forme attive di tubercolosi polmonare.

9 di essi morirono in uno spazio massimo di tempo di 2 anni e 10 mesi, uno solo è ora tornato al proprio lavoro e non ha più sintomi clinici.

Dei 25 malati con versamento pleurico primitivo può dirsi che l'età media d'insorgenza del male fu di 24 anni. Il 56 % di essi fu ricoverato per il consecutivo insorgere di sintomi clinici di tubercolosi polmonare. Il tempo medio di quiescenza tra pleurite e segni di tubercolosi del polmone fu di 3 anni e 9 mesi.

Tutti furono trattati con riposo a letto di due mesi e più, con risultati lontani tanto migliori quanto più il riposo fu prolungato. Otto sono morti, due hanno lesioni attive, gli altri hanno ripreso le proprie occupazioni; alcuni di essi lavorano, senza presentare disturbi, da varî anni (fino a 18-20). Uno solo fu sottoposto ad aspirazione del liquido a scopo diagnostico.

Da tutto ciò (col corredo di dettagliate tabelle) risulta:

1) Che la pleurite essudativa è una seria complicanza nel corso di una tubercolosi del polmone.

2) Che l'aspirazione del liquido ha scarsa importanza, e poco influisce sulle condizioni successive della pleura.

3) Che il 92 % dei casi con versamento primitivo divennero quiescenti per tempo più o meno lungo.

4) Che, pur essendo il periodo di latenza assai lungo (in media 7 anni e mezzo), la tubercolosi del polmone potè insorgere anche dopo 17 anni dall'episodio pleuritico.

5) Che nell'8 % dei casi si sviluppò una tubercolosi evolutiva del polmone, a dispetto del riposo precoce e prolungato.

6) Che il periodo di quiescenza consecutivo alla pleurite fu tanto più lungo quanto più lungo e completo era stato il trattamento di riposo a cui fu sottoposto il malato a suo tempo.

L'interesse di queste osservazioni è dato anche dal lungo periodo di anni durante il quale vennero seguiti i pazienti.

GARRONE.

ORGANI DIGERENTI.

La gastroscopia.

(RACHET. *Paris Médical*, n. 14, 1927).

L'A. fa rilevare come in questi ultimi anni abbiano fatto grandi progressi le diverse endoscopie (cistoscopia, rettoscopia, esofagoscopia) mentre la gastroscopia sembra sia in ritardo, poichè essa è sconosciuta dalla maggior parte dei medici e considerata come una curiosità scientifica. Da qualche anno numerosi lavori, specialmente stranieri, hanno cercato di perfezionare e di volgarizzare il metodo. Spetta a Bensaude il merito di aver perfezionato la tecnica di tale ricerca. L'A. avendo praticato numerose gastroscopie ed avendo quindi una certa competenza sull'argomento, si fa due domande: 1) la gastroscopia deve considerarsi come un mezzo pratico di ricerca clinica; 2) quale importanza oggi giorno si deve attribuire all'endoscopia gastrica?

Quanto ai ritardati progressi della gastroscopia sugli altri metodi di endoscopia l'A. pensa che ciò debba attribuirsi a due cause principalmente: e cioè alle difficoltà della introduzione del gastro-scopio e alle difficoltà dell'orientamento della visione.

Per ovviare a tale difficoltà il Bensaude ha proposto di far deglutire, prima di ogni gastroscopia, un filo metallico, flessibile, come una

corda da piano, terminante con un rigonfiamento olivare di cui controlla la situazione intragastrica con la radioscopia. Introduce così il tubo rigido del gastroscopio su questo filo conduttore evitando il più grave danno dell'endoscopia gastrica cioè la perforazione dello stomaco. Quanto alle difficoltà dell'orientamento della visione ciò è spiegabile considerando la forma irregolare, la situazione variabile e le diverse formazioni che subisce lo stomaco a seconda dell'affezione. L'A. nelle sue molteplici ricerche ha usato la posizione genu-cubitale con leggera inclinazione a sinistra: è in questa posizione che costantemente è riuscito ad osservare la regione pilorica e l'antro prepilorico. Per quello che si riferisce ai risultati della gastroscopia non possiamo fare grande fondamento su questo metodo per lo studio dell'ulcera e del cancro dello stomaco. Nell'ulcera, infatti, che è la lesione più frequente le ricerche cliniche, chimiche e radioscopiche sono più che sufficienti per fare una diagnosi certa; tale metodo invece è molto utile in casi di ulceri recenti superficiali. Rispetto alla diagnosi di cancro, considerato che la lesione ha un periodo di latenza abbastanza lungo e ricordando che la benignità o la malignità di una ulcerazione non è apprezzabile con il semplice esame gastroscopico, tale metodo di ricerca ha un valore molto relativo. Nelle gastriti, invece, per poter differenziare differenti aspetti macroscopici della mucosa alterata le ricerche numerose potranno dare un criterio di orientamento a questo nuovo capitolo della patologia dell'apparato digerente, il cui studio è appena all'inizio.

T. LAURENTI.

Risultati della cura chirurgica della gastroptosi.

(GÖBELL. *Archiv f. klin. Chir.*, vol. 144, pag. 266, a. 1927).

A differenza dell'opinione corrente di molti chirurgi che le operazioni per ptosi gastrica abbiano un risultato poco favorevole, Göbell afferma che i risultati lontani da lui ottenuti in 137 malati giustificano l'intervento. Il metodo operativo da lui eseguito è differente a seconda dei casi ed è in relazione alla loro gravità.

Nei casi più leggeri (19) ha eseguito la gastroplicatio sec. Bircher se non esisteva nessuna alterazione come cicatrici, ecc., altrimenti praticava una gastroenterostomia posteriore transmesocolica associandovi la esclusione pilorica (62 casi). Crede che il non avere avuto nessun caso di ulcera digiunale postoperatoria sia da ascriversi alla tecnica da lui usata: triplice sutura dell'anastomosi, ansa digiunale di 10-15 cm., riduzione del calibro dell'ansa afferente sec. Helferich. L'esclusione pilorica è stata ottenuta sia con un laccio di aponeurosi sia con la sezione e l'affondamento.

Nei casi di media gravità (30) ha eseguito una G. E. sec. Helferich associando la gastroplicatio sec. Bircher o sec. Roth.

I casi più gravi vennero trattati con il metodo personale dell'autore, metodo che avrebbe il vantaggio rispetto agli altri, di portare verso l'alto anche la piccola curvatura. Dalla guaina del retto viene scolpito un lembo di 10-12 cm. per 2. A carico della faccia anteriore dello stomaco scolpisce un lembo sieromuscolare che dal fondo dello stomaco si porta verso il piloro dove resta peduncolizzato. La striscia di aponeurosi viene fissata attorno al piloro in modo da occluderlo e viene poi avvolta dal lembo della parete gastrica in modo che la superficie sierosa stia all'esterno. L'apice di questo doppio neo-legamento viene fissato a diversa altezza nella guaina e nel muscolo retto. Il laccio attorno al piloro viene affondato con punti siero-sierosi. In qualche caso invece del lembo aponeurotico si è servito del legamento rotondo, in un caso in cui la ptosi era di alto grado ha creato un doppio legamento sospensore: del piloro e della piccola curvatura. La perdita di sostanza della muscolare viene compensata con una sutura che ne affronta i margini. L'ultimo tempo è l'applicazione di una G. E. transmesocolica post.

Questo metodo operatorio avrebbe il vantaggio di creare un legamento che solleva lo stomaco ptosico e contemporaneamente di ridurne la cavità e di migliorare le sue condizioni di svuotamento con la G. E.

Ha ottenuto in circa l'80 % dei risultati favorevoli. Non ha osservato nessun miglioramento in pazienti con spiccata nevrastenia.

VALDONI.

La duodenodigiunostomia e la mobilizzazione del duodeno da sinistra secondo Clairmont.

(C. BARTOLOTTI. *Arch. Ital. di Chirurg.*, vol. XVII, fasc. 4).

L'A. ricorda il metodo di Kocher per mobilizzare il duodeno da destra, e cioè lungo il bordo laterale del duodeno dall'angolo inferiore a quello superiore fino al legamento epato-duodenale e all'Hiatus di Winslow. Ma per quanto sia di abbastanza facile esecuzione non viene a mobilizzare il duodeno che per pochi cm., cosicchè l'anastomosi collo stomaco si deve fare in prossimità del piloro pena la deiscenza della sutura

per la trazione a cui sono sottoposti i due capi anastomizzati.

Il Clairmont nel 1918, intervenendo per un'ulcera peptica in soggetto gastroenterostomizzato, con fistola digiuno-colica, si trovò di fronte alla grave difficoltà costituita dal fatto che dopo aver resecato il tratto di digiuno-duodeno prossimo all'ulcera stessa ed aver abboccato il digiuno a lo stomaco resecato per ampio tratto, la anatostomosi termino-laterale del digiuno al duodeno non si poteva fare che sottoponendo i due tratti di intestino a notevole tensione. Egli allora mobilizzò il duodeno da sinistra con un procedimento che porta il suo nome e risultò anche in altri casi di pratica attuazione.

Consiste essenzialmente nello stirare in su il colon trasverso e l'ansa prossimale del digiuno a destra, con cui si viene a tendere la plica duodeno-digiunale e duodeno-mesocolica nell'incidere dapprima la plica duodeno-digiunale e poi duodeno-mesocolica dall'alto verso il basso, continuando l'incisione del sottile foglietto peritoneale in senso ongitudinale e scollando per via ottusa il tratto ascendente del duodeno dal connettivo retroperitoneale. Con ciò si libera il duodeno (tratto ascendente) dalle sue connessioni coll'aorta, cava inf., diaframma, colonna vertebrale, testa del pancreas. La linea di sezione del foglietto parietale del peritoneo deve trovarsi alla destra dell'art. mes. inferiore. Con questo procedimento si mobilizza non solo tutta l'ansa ascendente del duodeno ma anche parte del tratto orizzontale inferiore. L'ansa mobilizzata sul cadavere ha una lunghezza di 8-15 cm.

Le indicazioni principali per questa mobilizzazione sarebbero: 1) la resezione secondaria per ulcera peptica dopo gastroenteroanastomosi; 2) gli interventi secondari per circolo vizioso.

V. GHIRON.

MEDICINA SOCIALE.

Legislazione e organizzazione antitubercolare in Italia

per il dott. G. F. CAPUANI.

Mentre l'organizzazione di un vero piano organico di lotta antitubercolare è andata da noi svolgendosi e rafforzandosi solamente in questi anni dallo immediato dopo guerra ad oggi, la promulgazione delle prime norme legislative in tale materia si è avuta all'inizio stesso della nostra vita nazionale, in un'epoca nella quale erano ancora una novità le scoperte di Roberto Koch, e nella quale gli studi epidemiologici e biologici sulla tubercolosi erano quindi appena sul loro nascere.

È del 22 dicembre 1888 la nostra prima legge sanitaria, la quale seguendo ed adattandosi ai nuovi, e allora spesso mutevoli, aspetti delle scoperte biologiche si potè concretare solo nel 1901, sotto la forma del regolamento del 3 febbraio di quell'anno, in cui si fissarono norme fin d'allora tanto precise e misurate che furono e sono mantenute tuttora in corso.

L'art. 139, comma *b*) del suddetto regolamento stabilisce che la tubercolosi polmonare deve essere denunciata nei casi che occorrano nei convitti, conventi, carceri, brefotrofi, ospizi, vaccherie, latterie e, in ogni caso, in occasione della morte o del cambiamento di alloggio del paziente. E il decreto 15 ottobre 1923 con dizione più sintetica stabilisce che la tbc. polm. è soggetta a denuncia nei casi che si verificano nelle comunità in genere (art. 1) e aggiunge pure (art. 2) che è soggetta a denuncia la tbc. chirurgica fistolizzata o aperta nei malati che frequentano scuole o asili.

Alla distanza quindi di 22 anni si è rilevata tuttora efficiente la nostra legislazione del 1901 sembrandoci ben poca cosa, l'aggiunta delle tubercolosi chirurgiche fistolizzate, quasi sempre paucibacillari, in confronto della frequenza e della infettabilità delle forme polmonari.

È però necessario rilevare che le misure difensive-profilattiche che avrebbero dovuto essere la logica integrazione dell'obbligo di denuncia appaiono senz'altro insufficienti nello stesso regolamento 3 febbraio 1901.

Insufficienti inquantochè pur disponendo per tutte le misure igieniche d'indole secondaria non risolvevano la questione essenziale riguardante cioè l'isolamento del malato bacillifero; obbligando gli uffici sanitari a un lavoro di Sisifo, consistente nel dover seguire il caso di tubercolosi per cercare di disinfettare tutto ciò che egli con-

taminava ma senza poter evitare ch'egli contaminasse continuamente e ovunque.

Un breve esame critico degli articoli che riguardano le disinfezioni (art. 136 e 137) e dei cinque articoli (159-163) che riguardano le misure speciali contro la tubercolosi è sufficiente a chiarire la portata dei provvedimenti che si possono prendere.

I primi due articoli rendono obbligatoria la disinfezione degli effetti letterecci e degli ambienti occupati dai tubercolotici denunziati, pur non potendo nella pratica evitare che il tubercolotico, vivendo liberamente, possa continuamente diffondere bacilli nei luoghi pubblici. L'art. 159 da bensì facoltà all'Uff. Sanitario di provvedere alle misure atte ad evitare la diffusione della tubercolosi, e stabilisce (160 e 161) che i luoghi pubblici e di cura possano trattenere tubercolotici solo se sufficientemente attrezzati; ma la mancanza quasi assoluta di tali luoghi attrezzati e l'enorme diffusione delle tubercolosi rende impossibile una tale disposizione; e l'inosservanza dei suddetti due articoli è stata così completa che ha trascinato con sè anche l'altra disposizione contenuta nell'art. 160 e riguardante l'obbligo, da parte dei luoghi pubblici, di essere sempre provvisti di sputacchiere comuni.

L'art. 162 riguardante le misure contro la tubercolosi bovina, risente l'influenza delle teorie del Behring che suscitarono allora tanta impressione, e tante ecatombi se si pensa che la sola Olanda, per non compromettere la propria industria di latticini, dispose per l'abbattimento di tutte le mucche che reagivano alla tubercolina, sacrificando quasi il 75 % degli animali. Misure in parte insufficienti, in parte inutili, e che hanno perduto di importanza oggi, dati i diversi concetti che si hanno sulla via di trasmissione della tubercolosi e sul minore pericolo di trasmissione da parte dei bovini.

Più strano appare l'ultimo articolo 163 riguardante la tubercolosi nel personale di latteria in quantochè sancisce che in tali casi il latte può essere venduto solamente se bollito, e stabilisce che l'ebollizione deve essere eseguita alla presenza di personale dell'Ufficio Sanitario. Non è necessario spendere parole per dimostrare l'assurdità di tale disposizione e sopratutto la sua illogicità perchè anche ammettendo che in quelle latterie sia possibile far bollire il latte alla presenza del personale dell'ufficio Sanitario spesso unico nel Comune, non sarebbe evitato il pericolo di contaminazione del latte dopo la bollitura, dal momento che il malato non viene allontanato dal locale.

L'art. 163 è non solamente inutile per la irrealizzabilità della disposizione ma è anche dannoso in quantochè precisando quali devono essere le misure da prendersi nelle latterie paralizza e rende nullo l'art. 159 che potrebbe servire egregiamente all'Ufficiale Sanitario per prendere più logici e migliori provvedimenti, perchè nella sua generalità di espressione darebbe all'ufficiale Sanitario la più ampia libertà di provvedere alle misure atte ad evitare la diffusione della malattia, ivi compreso quindi l'allontanamento del malato bacillifero.

Un esame d'insieme di questa parte della nostra legislazione e che riguarda le misure ordinarie da prendersi contro la tubercolosi come malattia infettiva, in base ai soliti mezzi a disposizione degli uffici sanitari comunali mette subito in evidenza i diversi aspetti della questione.

Da una parte la prontezza con la quale la nostra nazione appena costituitasi, ha tratto profitto delle scoperte scientifiche imponendo l'obbligo della denuncia nelle collettività e in ogni caso di morte per tubercolosi, misura che permette almeno la disinfezione e i rilievi statistici demografici, e che altre nazioni che pur invece sono meravigliosamente organizzate nell'armamento della lotta antitubercolare non hanno ancora saputo imporre.

D'altra parte vediamo insistentemente esclusa la denuncia obbligatoria di tutti i casi di malattia; argomento questo sul quale vivace è stata la disputa, per ottenersi poi una specie di accordo favorito dall'osservazione di quanto è avvenuto all'estero ove tale denuncia è obbligatoria.

Il concetto del legislatore che non ha voluto sancire l'obbligatorietà della denuncia è stato questo, che una misura così importante e grave agli effetti morali e sociali e, per il medico, anche professionali non può essere imposto a solo scopo statistico, potendosi ritenerla invece giustificata solo quando lo Stato sia in grado di provvedere con reale efficacia alle misure del caso.

Trattandosi di una malattia infettiva, la misura realmente efficace è data dall'isolamento: si pensi all'enorme numero di tubercolotici, e al grande numero di casi benigni che permettono ai malati di condurre una vita quasi normale, si pensi alla tipica cronicità della malattia e al numero enorme di ospedali, di sanatori, di preventori che sarebbero necessari e si comprenderà perchè il legislatore non ha voluto sancire tale obbligo. Se poi noi diamo uno sguardo a quanto avviene all'estero, presso le nazioni nelle quali vige tale obbligo se ne trae una conclusione poco confortante.

In Inghilterra, Danimarca e Norvegia ogni denuncia di malato è accompagnata da un premio in denaro, eppure in quelle nazioni le denuncie non superano i due malati per ogni mor-

to, mentre è notorio che dovrebbero essere almeno sei malati ogni morto e nove malati secondo l'esperienza di Framingham.

In Prussia la denuncia di malattia è pure obbligatoria, e chi la omette deve pagare una multa di 1500 marchi, eppure una recente inchiesta aveva messo in evidenza che in una grande città, i due specialisti più noti per malattie tubercolari non ne avevano fatta nessuna.

Non si può a meno quindi di approvare la condotta del nostro legislatore, il quale nell'impossibilità di provvedere ai mezzi necessari, ha voluto logicamente limitare l'obbligo di denuncia a quei casi per i quali sapeva di poter ricorrere almeno alle più comuni semplici pratiche di disinfezione o di isolamento.

ORGANIZZAZIONE. — Se la nostra legislazione che considera la tubercolosi nell'àmbito delle malattie infettive può sembrare, come realmente è, insufficiente a dominare l'infausto corso della terribile pandemia, la legislazione che riguarda invece la nostra organizzazione, nata già durante la guerra e sotto l'urgenza di provvedere all'istituzione di speciali luoghi di cura per i militari malati (circolare 7 aprile 1917) si è estesa poi all'organizzazione della lotta antitubercolare in tutta la nazione e di essa possiamo vedere il graduale svolgimento seguendo quei pochi atti legislativi che sono come le tappe gloriose, le date dirò così memorabili nella storia della nostra organizzazione antitubercolare.

È del 25 luglio 1917, il primo decreto luogotenenziale che autorizza la concessione di mutui agli enti pubblici, per favorire la costruzione o l'adattamento di speciali luoghi di ricovero per infermi di tubercolosi polmonare. Ed è in esso decreto che per la prima volta si riconosce ufficialmente l'istituto dei dispensari antitubercolari erogandosi fondi per favorirne l'istituzione e il finanziamento.

Nel 1918 il decreto del 1° aprile emana provvidenze a favore dei tubercolotici, partecipando nel pagamento delle diarie di ricovero e stanziando a tale uopo la somma di 2 milioni di lire. Lo stesso decreto istituisce i Comitati Provinciali antitubercolari senza per altro disporre per il loro finanziamento.

Incominciavano intanto gli allarmi per il pauroso diffondersi della pandemia tubercolare. I morti che erano circa 50.000 nell'immediato anteguerra, andavano sempre più crescendo con un ritmo spaventoso e arrivavano a 73.000 nel 1918. Lo Stato non poteva non preoccuparsene ed emanava la legge 24 luglio 1919 che è, si può dire, la prima grande organica legge della nostra organizzazione antitubercolare. Per essa vengono emessi mutui di favore per la costruzione di luoghi di ricovero per tubercolotici per un totale di 45 milioni. L'art. 4 costituisce l'atto di battesimo degli attuali Consorzi Provinciali Antitubercolari in quanto stabilisce la possibilità di costituirli.

Si stanziano 2 milioni per costruzione di dispensari, 1.500.000 lire per favorire ricoveri di malati, altre 500.000 per opere di prevenzione e 100.000 per attuazioni di corsi di preparazione scientifica per il personale tecnico.

La legge del 1919 è la prima che riconosce ufficialmente le varie istituzioni antitubercolari sovvenzionandole. Pone in prima linea le istituzioni sanatoriali ed ospedaliero-sanatoriale e per merito di essa i pochi letti che erano prima circa 4000 sono saliti ora alla cifra di 8000 circa.

Dopo gli istituti di cura la legge provvede a sussidiare e a incoraggiare con la cospicua somma di 2 milioni l'altra importante istituzione che è il Dispensario Antitubercolare che resta il fulcro e il centro di tutta la lotta.

Il periodo dell'immediato dopoguerra era troppo grave per tutta la nazione perchè potessero nascere nuove iniziative e nuove provvidenze, cosicchè è stato necessario arrivare sino alla fine del 1923 per trovare i segni di un ulteriore progresso nel Decreto 30 dicembre 1923 n. 2889, riguardante la riforma degli ordinamenti amministrativi.

In essa legge l'art. 75 ribadisce il concetto dell'importanza dei Consorzi e stabilisce che la costituzione di essi può anche essere resa obbligatoria.

Importante è in esso decreto l'art. 7 che tassativamente dispone: « spetta alla Provincia di provvedere ai servizi antitubercolari se ed in quanto non vi provvedano i Comuni o altre pubbliche istituzioni ».

Concetto questo importantissimo e nuovissimo e che significa tutto semplicemente che le Provincie devono provvedere al ricovero dei tubercolotici come provvedono al ricovero dei pazzi. Concetto così nuovo e radicale che ebbe fatica ad affermarsi sì che ancora oggi a quattro anni di distanza dal decreto sono poche le Provincie nelle quali l'Amministrazione Provinciale si è resa conto della gravità e della responsabilità dell'onere assegnatole. Molte Amministrazioni Provinciali hanno creduto di sottrarsi a tale obbligo ed è avvenuto che qualche comune dopo aver fatto ricoverare i malati di tubercolosi ne ha addossate le spese all'Amministrazione Provinciale. Per il rifiuto di questa, il Comune è ricorso al Consiglio di Stato il quale con parere motivato del 9 giugno 1924 n. 863 ha stabilito che nei servizi antitubercolari che spettano alle Provincie, si intendono compresi anche i ricoveri (Circolare Ministeriale 9 ottobre 1925 n. 20.300).

Però le Provincie hanno il modo di alleviare il loro grave peso con l'istituzione del Consorzio Antitubercolare giacchè l'art. 8 del decreto 30 dicembre 1923 stabilisce che i contributi a quest'Ente toccano per due terzi ai comuni e solo per un terzo alla Provincia. In tal modo questa pur essendo l'esponente responsabile nei servizi antitubercolari vi partecipa finanziariamente con la sola terza parte.

Senonchè la istituzione dei Consorzi incontrava serie difficoltà per la resistenza di molti comuni che opponevano serie argomentazioni di carattere tributario-finanziario alle proposte dei prefetti che avrebbero pur voluto dichiarare la obbligatorietà del Consorzio. Il Decreto di riforma degli enti amministrativi e le successive riforme di carattere tributario avevano aumentato gli oneri, e le incombenze comunali, diminuendone i cespiti tributari di entrata cosicchè riusciva più facile trovare argomentazioni atte ad ostacolare la volontà dei prefetti.

Ma il mirabile intuito del nostro Capo di Governo, ha fatto sì che Egli stesso si sia fatto propugnatore della nobile causa, ed il decorso anno V si può ben dire è stato l'anno d'oro della legislazione antitubercolare italiana per la promulgazione del decreto 23 giugno 1927 sull'ordinamento dei Consorzi, e della legge sull'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, legge che il caso ha voluto porti la fatidica data del 27 ottobre, quasi a significare ch'essa rappresenta una gloriosa pietra miliare della storia del regime fascista.

L'art. 1° del decreto 23 giugno 1927 supera tutte le difficoltà che esistevano, suonando esplicito e categorico con queste parole: *È istituito in ogni capoluogo di provincia il Consorzio Provinciale Antitubercolare*. Non saranno quindi più possibili defezioni, sì che l'armamento antitubercolare della nazione sarà completo in ogni regione. L'art. 2 erige il consorzio a corpo morale e tale disposizione è più importante di quanto possa sembrare a chi volesse obiettare che anche dapprima il Consorzio doveva considerarsi come una pubblica amministrazione e come tale beneficiare dei vantaggi degli enti morali. Se questo modo di vedere appare logico alle persone di buona volontà, non appariva tale a coloro che cercavano di frapporre difficoltà al sorgere e all'opera dei Consorzi, si che parecchi erano gli inconvenienti che nascevano da tale situazione, non fra i meno trascurabili la direttiva di alcune Casse di Risparmio che rifiutavano le erogazioni di beneficenza ai Consorzi ritenendo che questi non avessero la veste legale sufficiente per possedere.

L'art. 4 sancisce che la Presidenza del Consorzio spetta di diritto al Presidente della Deputazione Provinciale. Disposizione questa che è in logica armonia con l'art. 7 del decreto 30 dicembre 1923 che sancisce spettare alla Provincia il còmpito di provvedere ai servizi antitubercolari. Il vice presidente viene nominato dal Consiglio Provinciale Sanitario mentre sarebbe stato forse più equo che lo fosse dalla rappresentanza degli Enti Autarchici come quelli che finanziano il Consorzio nella misura dei due terzi. Appare però evidente che il legislatore ha voluto con tale scopo assicurarsi la presenza vicino alla presidenza, di una persona se non tecnica per lo meno competente di questioni sanitarie e per questo ha sancito che il vice presidente sia nominato dal Consiglio Sanitario Provinciale.

Un'importante disposizione è contenuta nell'articolo 8, secondo il quale tutti gli ospedali che abbiano locali adatti hanno l'obbligo di ricevere malati di tubercolosi anche se non hanno il domicilio di soccorso nel comune in cui risiede l'ospedale. Disposizione importantissima che elimina tutte le difficoltà e le resistenze che gli ospedali opponevano al ricovero di malati extra territoriali.

Finalmente l'art. 9 proroga al 30 giugno 1937 la concessione dei mutui di favore concessi secondo la legge del 24 luglio 1919.

Importante è l'esame dei rapporti fra il Consorzio Provinciale Antitubercolare e le istituzioni antitubercolari esistenti. Tutte queste istituzioni a norma dell'art. 3 debbono far parte obbligatoriamente del Consorzio pagando un congruo contributo. Il Consorzio poi con i suoi organismi amministrativi e tecnico-sanitari « disciplina il loro funzionamento segnalandone al prefetto le eventuali irregolarità o manchevolezze » (art. 2).

I bilanci poi di tali istituzioni, devono, dalla Prefettura essere comunicati al Consorzio stesso, per le eventuali osservazioni (art. 7).

Le altre istituzioni quindi sono sottoposte al Consozio che « non dovrà sovrapporsi ai singoli Enti in modo da lederne l'autonomia, ma dovrà invece esercitare vigile azione diretta a coordinarle e guidarle a più ampio sviluppo » (Circolare Ministeriale 2 febbraio 1926). Solo in caso di necessità o urgenza il Consorzio può sostituirsi ad essi (art. 1° comma *d*) della legge 23 giugno 1927).

Come si vede la posizione del Consorzio è gerarchicamente superiore a quella degli Enti esistenti, ed i progetti talora ventilati di fusioni, federazioni, ecc., che avrebbero lo scopo di riunirne i programmi di azione, falsano evidentemente lo spirito e la dizione della legge, giacchè con tali illegali connubi il Consorzio non potrebbe evidentemente esercitare la sua opera di controllo e di critica sopra istituzioni, i cui rappresentanti

potrebbero anche costituire parte della stessa Giunta Esecutiva del Consorzio.

Lo stesso dicasi della Direzione Medica che deve essere distinta e superiore a quella delle altre istituzioni perchè la loro fusione verrebbe a far cessare tutto il meccanismo di controllo gerarchico voluto dalla legge con l'istituzione di un ente a carattere direttivo quale è il Consorzio.

Come si vede la legge 23 giugno 1927 stabilisce in modo definitivo la forma dei Consorzi e determina chiaramente quali sono le mansioni. Li fa centro di coordinamento di tutta la lotta antitubercolare, e se è facile rilevare la lacuna riguardante la mancata fissazione dell'entità del finanziamento, si deve però rilevare che una tale disposizione, che può sembrar buona in linea teorica, avrebbe trovato nel campo della pratica notevoli difficoltà, perchè le diverse provincie del regno si trovano in condizioni di diffusione della tubercolosi, assai svariate fra di loro. Quando si pensi p. es. che nella provincia di Caltanissetta esiste una proporzione di 6 morti di tubercolosi ogni diecimila abitanti, mentre in quella di Padova tale proporzione è del 32 ‰, si comprende come il fabbisogno finanziario per la lotta sia necessariamente diverso, e come sia stato quindi logico di lasciare ai prefetti l'incombenza di fissare l'entità del contributo in proporzione ai reali bisogni della lotta nelle singole provincie.

Si può vedere dunque, in uno sguardo d'insieme come l'istituzione del Consorzio Provinciale Antitubercolare sia sorta dapprima timidamente sotto forma di consiglio nella legge 24 luglio 1919; come poscia il legislatore abbia concesso la possibilità ai prefetti di renderli obbligatorî nel Decreto del 30 dicembre 1923 e come infine l'esempio pratico e la maturata esperienza del legislatore lo abbia indotto a rafforzarlo, a renderlo obbligatorio, ad erigerlo a dignità di Ente concentratore di tutta la lotta antitubercolare nella legge 23 giugno 1927.

Ma non qui doveva arrestarsi il mirabile impulso del nostro dinamico regime che non conosce difficoltà quando si tratti di salvaguardare l'efficienza e la salute del nostro popolo, perchè la forza di una nazione è la somma della forza dei singoli cittadini, e la forza presuppone sempre la buona salute. Questo problema, che è quasi un giuoco di equazione, diventava necessità urgente per la classe lavoratrice come quella che può rendere e può vivere solo e in quanto le sue condizioni di salute permettono una determinata capacità lavorativa.

La legge, alla quale ho accennato, riguardante l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi possiede in sè un significato così vasto, e importante sotto ogni aspetto, che sarebbe impari qualsiasi tentativo di apologia. Basti pensare ad alcune cifre per avere prospettato sinotticamente i termini dell'importante problema.

a) Un'assistenza a circa 20 milioni di cittadini fra i più bisognosi, e fra i più esposti al pericolo della malattia, perchè la tubercolosi è una malattia da usura del corpo umano, e l'usura è tanto maggiore quanto maggiormente la classe lavora.

b) Un capitale di 250 milioni per la costruzione di 12 mila posti-letto in circa 300 ospedali.

c) Una spesa di funzionamento di 11,000 lire all'anno per posto (ivi compresi i sussidi alle famiglie) con un totale quindi di 132 milioni. Sono cifre che avrebbero fatto tremare le vene e i polsi a chiunque non avesse posseduto la forza del nostro magnifico Duce.

La nuova legge sulla assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi provvedendo ai 20 milioni di cittadini della classe lavoratrice (che è quella che maggiormente soggiace alla tubercolosi) riduce quasi di metà gli obblighi di assistenza dei Consorzi Antitubercolari e degli Enti pubblici, i quali saranno pertanto tenuti a provvedersi con le loro risorse, si che l'attuale organizzazione potrà dare migliori risultati per le disponibilità maggiori di posti-letto sanatoriali ed ospedaliero-sanatoriali.

Se non che si prospetta ora grave e delicato il problema tecnico sanitario di tale meraviglioso programma e la necessità di provvedere con sollecitudine alla sua esecuzione.

Dal lato sanitario è segnalata la scarsità di personale medico specializzato cui si potrebbe rimediare con l'istituzione di corsi universitarî di tisiologia, e con una maggior possibilità di conseguire in tale branca la libera docenza per avere fra pochi anni un insegnamento universitario della tisiologia proporzionato alle necessità della lotta antitubercolare.

Quanto al lato organizzativo troviamo di fronte due enti che hanno missioni analoghe e la cui azione non può evidentemente svolgersi se non in modo armonico.

Da un lato i Consorzî con una entrata media complessiva di circa 25 milioni annui e con il cómpito di provvedere alla lotta antitubercolare in genere.

Da un altro lato la Cassa Nazionale delle Assicurazioni sociali con capitale di 250 milioni per costruzione di Sanatori e di 132 per l'assistenza annuale di 20 milioni di cittadini.

La prima idea che sorge nell'esaminare tale schema è questa: che il Consorzio già organizzato alla tecnica della lotta antitubercolare debba assommare in sè stesso tutto il programma esecutivo, e che la Cassa, ente assicurativo, rimanga

quale è, organismo finanziatore e di controllo. Parrebbe infatti illogico se si dovesse creare in seno alla Cassa di Assicurazione tutto un nuovo edificio tecnico sanitario che dovesse agire separatamente dai Consorzi con sciupio di energie, con interferenze e sovrastrutture inutili seppure non dannose.

D'altra parte i Consorzi costituiti dai Comuni e dalle Provincie non possono disinteressarsi del programma della Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali perchè l'assicurazione obbligatoria oggi limitata, per ragioni finanziarie, alle classi degli operai e degli agricoltori dovrà successivamente svolgersi e ampliarsi, comprendervi i dipendenti degli enti pubblici, i maestri, gli insegnanti per arrivare a quello che sarebbe grado di vera perfezione e cioè alla possibilità di assicurazione volontaria per tutti i cittadini che la chiedano.

Del resto il nome di Consorzio contiene in sè stesso la traccia da seguire: *è un organismo che deve radunare consorziati fra di loro tutti gli enti ai quali la legge impone un programma antitubercolare* e che sono appunto sino ad oggi i Comuni, le Provincie e la Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali.

Un insieme quindi di tutti questi enti, un'equa loro distribuzione in tutte le rappresentanze proporzionata al numero dei cittadini cui devono provvedere e cioè in parti uguali; la costituzione di una gerarchia ascendente degli uffici dei Consorzi identica e collaterale a quella della Cassa Nazionale (Provinciale, Regionale e Nazionale) la costituzione infine di un organismo centrale comprendente le rappresentanze degli enti interessati e presieduta da persona gelosa dei diritti dei singoli enti e premurosa dello svolgimento ordinato della lotta antitubercolare potranno assicurare alla nostra nazione uno svolgimento armonico e coordinato di tutta la lotta pur permettendo di mantenere distinte sebbene non indipendenti le due amministrazioni riguardanti i 20 milioni di cittadini assicurati a carico della Cassa Nazionale A. S. e i 22 milioni di cittadini non assicurati a carico delle Provincie e dei Comuni. Non è possibile prescindere dalla necessità di riconoscere che la Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali di fronte al grave onere impostole dalla legge non può e non deve logicamente essere considerata come avente il solo cómpito di finanziare la lotta e di restarsene poi estranea; come è pure inammissibile che lo stesso *ente assicuratore abbia il diritto di essere solo e incontrollato nel rispondere a quegli obblighi assistenziali ai quali si rende obbligato con la riscossione dei premi di assicurazione*, concetto questo di etica assicurativa dalla quale non si può prescindere.

Le rappresentanze quindi della Cassa di Assicurazione dovrebbero entrare nei Consorzi nella proporzione del 50 %, dovrebbero con assoluta identità e uniformità agire e svolgere il programma di lotta antitubercolare perchè ogni ordinamento che non tenesse conto di tale collaborazione esplicata in un unico ente produrrebbe danni così rilevanti che un ulteriore atto legislativo dovrebbe presto intervenire per realizzare un migliore coordinamento.

Se invece le organizzazioni così largamente consorziate e che diventeranno le rappresentanti periferiche delle direttive tecniche dello Stato, avranno la volontà e la capacità di secondare gli sforzi del Duce, di ubbidire alla sua magnifica e forte legislazione, non è dubbio che in pochi anni anche la nostra nazione potrà vantare un armamento antitubercolare degno delle generose tradizioni del nostro popolo, degno del posto sempre più alto che l'Italia dovrà occupare fra tutte le nazioni civili.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

DE THURZÒ EUGÈNE. *Les nouvelles méthodes sur les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien.* In-8°, pag. 182. Ed. Maloine, Paris, 1927.

La diagnostica neurologica moderna ha sancito definitivamente l'importanza dell'investigazione del liquido cefalo-rachidiano; fra le reazioni proposte a tal fine, quelle colloidali hanno acquistato un'importanza sovente decisiva. La letteratura mondiale su queste reazioni è divenuta, in breve tempo, addirittura enorme; perciò gli studiosi devono essere grati alla fatica del collega ungherese De Thurzò per il lavoro sintetico, che ci presenta, lavoro nel quale con esposizione chiara e sistematica, e nello stesso tempo completa, e con personale competenza, l'autore facilita l'esecuzione delle ricerche anche a coloro, i quali non sono addentro in questa speciale tecnica e non ne conoscono il valore reale dei risultati. È questo un libro perciò interessante ed utile per molti e merita di essere segnalato e raccomandato.

g. sabatini.

SAUNDERS T. VIVIAN. *The polarimeter.* In-6°, pag. 29. Ed. Hilger, London. 1 s. 6 d.

I medici adoperano spesso gli apparecchi di fisica senza avere una chiara idea dei fondamenti teorici, sui quali essi sono costruiti. Que-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

sto chiaro opuscolo di un fisico, che ci mostra la teoria e la pratica del polarimetro, può riparare ad una di queste lacune, e quindi essere utilmente consultato per formarsi un concetto delle leggi fisiche e delle manualità fini di manovra di questo strumento cui tante volte si ricorre nei laboratori.

g. sabatini.

FISCHER MARTIN H. *Kolloidchemie der Wasserbindung.* Eine kritische und experimentelle Untersuchung der Wasserbindung in Kolloiden und ihrer Beziehung zu den Problemen der Wasserbindung in Physiologie, Medizin und Technik, 2. deutsche Auflage. 2 Bände, 8°, 1927, Dresden, Th. Steinkopff. — Band I: *Wasserbindung in Oedemen,* XVI und 368 Seiten, 142 Abbildung. RM 20.

È questa la traduzione tedesca, eseguita dalla dottoressa Popp, della celebre opera dello scienziato di Cincinnati.

La funzione dell'acqua nella vita degli organismi diviene ogni giorno più saliente per le interpretazioni che ne dà la fisico-chimica. Questo volume di Fischer si presenta quindi assai interessante; prova ne sia che in breve tempo è arrivato alla 3ª edizione americana.

Nella prima parte l'A. imposta i problemi generali ed espone i fondamenti scientifici della *absorption* e della secrezione delle singole cellule e dei tessuti, e, con parola facile, espone le indispensabili fondamentali nozioni di fisico-chimica; dopo aver così preparato il lettore abborda il problema dell'edema, trasportando le leggi della fisico-chimica alle manifestazioni della vita e della malattia. Quindi tratta i fenomeni della secrezione in base alle stesse vedute, ed in un'ultima parte cerca di lumeggiare alcuni fenomeni patologici, quali il turgore, la plasmolisi, l'emolisi, la contrattilità muscolare.

Questo sforzo di interpretare l'intima essenza di molti fenomeni vitali o patologici mediante le leggi energetiche della fisico-chimica potrà essere discusso, potrà essere prudentemente tenuto sospeso nell'applicazione integrale agli organismi, per i quali interviene quella ignota forza che denominiamo *vita*, ma è indubbiamente assai attraente e suggestivo e merita di essere considerato con ogni attenzione e conosciuto da ogni studioso, che voglia dichiararsi veramente colto.

g. sabatini.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

« Ars Medica » (San Paolo - Brasile).

Seduta del 16 novembre 1927.
Presidenza: BOVERO.

Linfogranuloma maligno blastomicotico.

Il prof. TALIANI presenta un caso, già gravissimo, di « linfogranuloma maligno blastomicotico » che egli ritiene singolarmente interessante pel suo decorso recidivante e protratto, per le localizzazioni esclusivamente ganglionari e per l'esito in guarigione. È un giovane a nome Attilio P. attualmente diciannovenne: la malattia cominciò 5 anni or sono con febbri alte a tipo suppurativo e lievi ingorghi glandolari a lato del collo; essendo stata la terapia puramente sintomatica ed induttiva, in assenza di una diagnosi certa, la malattia si protrasse per 7 mesi e parve esaurirsi spontaneamente. Senonchè dopo 4 anni (926) riapparve con maggior virulenza. All'esame del pus ed alle biopsie di una ghiandola sopraclavicolare si potè confermare il sospetto e stabilire la diagnosi indicata. La terapia fu molteplice oltre i soliti corroboranti ecc.; tre furono i capisaldi; introduzione di ioduro di cerio per via intravenosa: in tutto 300 cc. (circa 5 cc. ogni due giorni). Questo rimedio dotato di particolari proprietà citotropiche parve provocare, accelerare e generalizzare la fusione purulenta degli ingorghi glandolari esistenti in tutte le regioni (anche ascellari) rendendo possibile l'intervento chirurgico: incisione e drenaggio razionale di gomma per lunghi tratti di sottocutaneo.

Il terzo caposaldo della cura fu l'applicazione di un autovaccino preparato con tecnica particolare dal prof. A. DONATI e di cui furono fatte a giorni alterni ed a dosi progressive iniezioni in numero di 30. Tali iniezioni non solo non produssero alcuna reazione nè locale nè generale, ma anzi mostrarono un'influenza favorevole fin dai primi giorni, abbassando la temperatura, diminuendo la suppurazione, e provocando la scomparsa dei gangli infiltrati non fusi. Dopo 5 mesi di cura la guarigione era completa.

A proposito del vaccino preparato dal prof. Donati, il prof. TALIANI riferisce su di un altro caso di blastomicosi iniziale microscopicamente accertata, in cui con 10 iniezioni si ebbe la scomparsa delle manifestazioni (linfogranulomi retrocarotidei ed infiltrazioni dell'aponeurosi nucale).

Contributo allo studio terapeutico e clinico della blastomicosi.

Prof. TRAMONTI. — L'O. presenta la relazione di un caso, che egli ebbe occasione di osservare e studiare nella Clinica Medica da lui diretta, interessante da un duplice punto di vista clinico, e terapeutico. Dal punto di vista clinico, perchè il paziente presentava per lo meno apparentemente assenza di lesioni delle mucose e della cute, e viceversa l'affezione si era manifestata oltrechè con sintomi generali ca-

ratterizzati da febbre irregolare vespertina, da anemizzazione e da progressivo decadimento delle forze e della nutrizione generale, eziandio con irregolari ingorghi glandulari multipli, di cui cospicui quelli delle glandule mesenteriche, che simulavano in alcuni punti delle vere masse neoplastiche. Si notava poi nella regione sottomascellare destra la presenza di un ganglio di una grossezza di una noce rammollito ed in imminenza di ulcerarsi, la cui puntura diede esito ad un liquido puriforme denso nel quale l'esame praticato dal chiarissimo collega prof. DONATI, fece riconoscere l'esistenza di numerosissime forme Blastomicetiche: le culture eseguite con acconci mezzi di nutrizione confermarono il reperto dell'esame batterioscopico. L'O. ricorda a questo punto la grande somiglianza del suo caso con altro studiato dai proff. dott. A. Pedroso e Pedro Dias da Silva nel quale, come è riferito nella dotta relazione del prof. A. Splendore — che tanto contributo originale ha apportato a questi difficili studi al VII Congresso Internazionale di Dermatologia e di Sifilografia — non si osservano lesioni, ma solo noduli peritoneali, la cui natura fu solamente diagnosticata con un esame microscopico delle lesioni, messo allo scoperto in seguito a laparotomia.

Interessante dal punto di vista terapeutico, poichè, qui — come nel caso illustrato dal prof. TALIANI — fu applicato l'autovaccino preparato dal prof. Donati i cui risultati furono evidenti e rapidi. Dopo 6 iniezioni di vaccino coadiuvate da somministrazione per entem, di preparati arsenicali e ferruginosi, l'a. cominciò ad alzarsi, a mangiare con buon appetito, a camminare e ad aver voglia di lavorare. Indubbiamente tali promettentissimi inizii sarebbero stati coronati dal più brillante esito di una guarigione completa, se il paziente non avesse ripetute volte chiesto di essere dimesso dall'Ospedale.

Sopra un metodo di autovaccinazione della "Blastomicosi" (linfo-granuloma maligno di origine coccidioide).

Prof. DONATI. — L'O. accenna alla vaccinazione già da altri tentata, usando culture del germe emulsionate, o il pus ritirato da ghiandole fluidificate, dopo attenuazione o distruzione dei germi contenutivi mediante il calore o senza nessun previo trattamento: i risultati furono nulli. L'O. pensa che la mancata azione dei vaccini sin'ora usati dipenda dalla incapacità dell'organismo di attaccare la capsula del parassita, costituita da cellulosa o micocellulosa. Da tempo egli andava pensando a un metodo per dissolvere i parassiti; ma nè con l'antiformina, nè con la potassa caustica in date diluizioni, riuscì. Ricorse quindi ad altra tecnica che riferisce con abbastanza dettaglio e che permette di avere una soluzione dei parassiti, limpida o leggermente opalescente. Il vaccino fu dosato a 0,0005 gr. per ampolla e, riconosciuto nel primo caso nel quale fu adoperato (A P.) che tale dose non dava reazione nè locale nè generale, furono preparate ampolle anche con il contenuto di 0,001 gr. di cultura. Non fu ritenuto opportuno aumentare ancora le dosi, visto che i risultati terapeutici furono buoni e non essendo desiderabile in tale forma morbosa avere reazioni di focolaio, che possono diffondere il processo. L'O. ritiene essenziale per l'attività del vaccino, di usare culture di poco isolate dal malato e che non presentino formazione di ifi.

L'effetto terapeutico del vaccino così preparato, è stato dimostrato nei tre casi precedentemente illustrati.

Data la natura tossica della malata l'O. si chiede se non sia possibile ottenere, mediante l'uso di questo tipo di vaccino un siero antitossico che possa sostituirlo o coadiuvare fortemente la terapia vaccinica. In questo senso sono in corso alcuni esperimenti. Il prof. DONATI riferisce poi degli esami di sangue eseguiti negli ammalati, che dimostrano, seguendo le modificazioni dell'emogramma di Schilling, il miglioramento e la guarigione.

Il prof. CARINI fa notare che si osservano casi a decorso cronico con poca tendenza alla diffusione e con periodi di sosta abbastanza lunghi. Consiglia di studiare se detti casi non dipendano da varietà speciali del fungo causatore. Il prof. CARINI ricorda il caso presentato alla Società di Medicina e Chirurgia di S. Paulo nel 1918,. nel quale la guarigione era stata ottenuta con lavaggi di soluzione di bleu di metilene. A suo dire egli ha visto altri casi nei quali il bleu di metilene non ebbe alcun effetto.

Il prof. HABERFELD dice essere indubbiamente di grandissimo interesse gli studi presentati dagli illustri coolleghi: è da sperare che il futuro corroborerà i risultati fin'ora ottenuti. Non sa come spiegare la differenza dell'effetto dei vaccini: il vaccino del prof. Donati sarebbe efficace, mentre i vaccini usati sino ad ora sarebbero senza effetto o quasi Anche ultimamente ebbe opportunità di trattare un caso di Blastomicosi insieme col dott. Petraglia. Con l'uso ripetuto del vaccino e con i raggi X l'ammalato presentò gravi sintomi addominali con ascite. Migliorò ma per breve tempo: 3 mesi dopo apparvero forti infezioni ganglionari, che anche oggi persistono. Il vaccino somministrato in questo caso fu così preparato: cultura e mezzo di cultura furono posti in una bottiglia sterile con perle di vetro e dopo prolungata agitazione, fu sospesa in Yatren in diverse diluizioni. Il prof. Donati pensa di spiegare l'efficacia del suo vaccino con la distruzione della doppia membrana del germe, a lui sembrando che il nostro organismo non abbia il potere di attaccare tale membrana per mezzo di fermenti. Con questa spiegazione non sta d'accordo la sua esperienza. In un caso di Blastomicosi interna avanzata ritirò il pus dai gangli e lo iniettò immediatamente nel sottocutaneo dello stesso malato. Ripetè questo diverse volte e, contro ogni aspettativa non osservò mai alcuna reazione nè locale nè generale: appena una leggera iperemia nel luogo della iniezione. Tanto il pus come le migliaia di germi vivi in esso contenuti furono riassorbiti senza lasciar traccia.

L'ammalato morì: all'autopsia fu ritirato il punto della pelle dove furono fatte le iniezioni; le sezioni istologiche non dimostrarono altro che una reazione infiammatoria cronica comune. Questo però gli dimostrò che l'organismo umano è ben capace di distruggere la membrana del fungo in quistione. Quindi tanto più difficile spiegare gli effetti veramente miracolosi del vaccino nei casi presentati, e non mancherà di raccomandare il vaccino del prof. Donati al suo ammalato che, sia detto fra parentesi, è il primo ammalato della classe ricca che abbia osservato con questa malattia (proprietario di fazenda di caffè).

Il prof. MANGINELLI si rende conto delle obbiezioni del prof. Haberfeld, ma ritiene che sia prematuro discutere sul meccanismo di azione del vaccino tanto più quando si pensi che il modo d'azione dei vaccini ed in genere della proteinoterapia è ancora molto oscuro e controverso. Comunque pensa che oggi noi ci troviamo di fronte a 3 casi riportati da stimabili colleghi e dichiarati guariti clinicamente: è questo un elemento positivo che potrà essere confermato od oppugnato solo da successive esperienze. Per il momento ci si può dichiarare soddisfatti. Quanto al rilievo ultimo fatto dal prof. Tramonti nel suo malato di essere questi fumatore di sigarette avvolte nella foglia di granturco, ricorda come da anni egli insiste nel sospettare che la foglia di granturco possa per la sua speciale rugosità produrre con facilità lesioni che servano a lor volta come porta d'ingresso al parassita, quando la foglia venga ad essere per caso contaminata dal blastomicete: la costatazione del prof. Tramonti sembra avvalorare la sua ipotesi.

Il prof. DONATI riconferma la sua idea che la capsula del parassita non è attaccata dai succhi dell'organismo; mancano nell'uomo fermenti per la cellulosa. Non ritiene l'esperimento dell'iniezione del pus fatta dal prof. Haberfeld probativo per dimostrare la capacità litica dei succhi, poichè i germi possono essere scomparsi dal luogo dell'iniezione per un processo di trasporto da fagociti, o direttamente per i linfatici come avviene di granuli insolubili. Ritiene quindi che la capacità curativa del vaccino dipenda dal presentare all'organismo l'antigene in forma disciolta.

Il dott. COMENALE (junior) presenta 2 casi di manifestazione di lebbra dopo accidente nel lavoro. In un caso l'eruzione della malattia cominciò alcuni giorni dopo di una bruciatura con soda caustica e nel secondo l'anestesia del nervo cubitale cominciò dopo una forte contusione a livello dell'epitroclea. L'O. si chiede se la forma acuta di lebbra manifestatasi nei 2 ammalati possa aver rapporti con la bruciatura e il traumatismo, o fu solamente una coincidenza. Egli è di opinione che nel primo caso le etero-albumine, formatesi nel luogo della ustione, riassorbite determinarono un disequilibrio nello stato colloidale del plasma mettendo in evidenza uno stato morboso latente: nel secondo caso il traumatismo rese evidente un sintomo in un individuo già ammalato.

L'.O. fa poi considerazioni medico-legali, discutendo sulle concause.

Discutono il prof. MANGINELLI, il prof. DEFINE e il prof. DONATI. TR.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 22 dicembre 1927.
Presidenza: Prof. G. GARDENGHI, Presidente.

Sull'emoistioblasto dei tessuti connettivi (con dimostrazione di preparati).

Dott. VOLTERRA M. — L'O. riassume rapidamente le attuali cognizioni sulla questione, ricordando gli importanti lavori della Scuola ematologica italiana sugli emoistioblasti circolanti in svariate emopatie e particolarmente in quelle di tipo leucemico, e la dottrina dei tessuti emopoietici diffusi del Ferrata, secondo la quale è da ammettere nei tessuti connettivi delle più diverse sedi la presenza di elementi connettivali con, in potenza, la capacità evolutiva sia verso il connettivo che verso il sangue (emoistioblasti). L'O., premesso che le sue ricerche sono dirette a stabilire il significato istologico preciso e l'esatta morfologia di tali elementi dei connettivi normali, e su queste basi la genesi dell'emoistioblasto circolante nelle emopatie, confronta la dottrina di Ferrata con quella del S. R.-E., sia com'è sviluppata classicamente dalla Scuola dell'Aschoff, sia come in altra occasione l'O. stesso ha cercato di prospettarla.

Fra gli elementi connettivali a carattere emoistioblastico si possono già distinguere tipi cellulari diversi, prendendo come criterio i rapporti che tali elementi contraggono specialmente con lo stroma connettivale. Egli ha distinto gli emoistioblasti dei tessuti in fissi e mobili, questi ultimi assai rari nei connettivi normali, e i fissi in « cc. del reticolo degli organi emolinfopoietici », « cc. del reticolo periferico », « reticolo-endoteli », « clasmatociti ». Con le nuove ricerche egli ha riscontrato, ottenendo con qualche semplice espediente la stessa colorazione degli elementi in discorso, che negli strisci di sangue col metodo May-Grünwald-Giemsa, tali elementi si differenziano fra loro effettivamente anche per i caratteri istologici del nucleo e del protoplasma: egli espone minutamente tali caratteri che differenziano nettamente le cellule del Kupffer (reticolo-endotelî), dalle cellule avventiziali (che sono cc. del reticolo periferico), e dai clasmatociti: tutte sono emoistioblasti nel senso di Ferrata, ma non si identificano affatto. Perciò è un errore adottare, come correntemente si fa, il termine di emoistioblasto, o quelli di clasmatocita, di cellula avventiziale, di reticolo-endotelio, ecc. come sinonimi. Emoistioblasto è termine generico che esprime le capacità evolutive di tali diversi elementi. Nessuno di essi ha però i caratteri dell'emoistioblasto circolante nel sangue degli emopatici.

Primi risultati di ricerche sulle alterazioni anatomiche dei vasi capillari in nefropatie croniche (con dimostrazione di preparati).

Dott. VOLTERRA M. — Negli ultimi tempi si sono raccolte numerose prove favorevoli alla tesi che molte nefropatie sieno anzichè malattie primitive del rene, manifestazioni renali di alterazioni più generali e riguardanti varî apparati. Di questi apparati certamente quello che è più colpito generalmente, è il vascolare, specie nelle

nefriti croniche e nelle sclerosi renali. I quadri anatomici relativi sono da tempo noti per ciò che si riferisce al cuore e alle arterie. L'O. ha portato la sua attenzione all'albero capillare.

In nefropatici che presentarono in vita, e mostrarono al tavolo anatomico, il quadro del cosidetto «rene grinzo genuino» (arteriolo-sclerotico), l'O. ha potuto riscontrare una alterazione diffusa dei capillari, i quali erano più o meno colpiti nei varî territorî, ma a punti alterati in maniera molto grave. La loro parete era ispessita, qualche volta in notevolissima misura, in modo da attribuire alla sezione trasversa del vasellino l'aspetto di una ciambella: a punti la parete così alterata presentava le apparenze della degenerazione jalina. Sede di tale alterazione è la «avventizia capillare reticolare» (connettivale), la quale subisce in questi casi nei territorî extrarenali una sclerosi con collagenizzazione del t. reticolare che la costituisce, eventualmente anche con jalinizzazione.

L'O. fa rilevare il valore di questo reperto, sia come contributo al capitolo dell'anatomia patologica dei vasi capillari, oggi quasi inesistente, sia perchè apre la via a nuove ricerche sulla genesi e il significato dell'ipertensione, delle lesioni arteriolari, arteriali e cardiache, come anche sulla genesi e il significato di croniche nefropatie.

Un caso di tumore quadruplo.

Prof. PICCHI L. — L'O. riferisce di un caso osservato al tavolo anatomico nel quale coesistevano quattro blastomi di specie e aspetto ben differenti. Si trattava di una donna giunta alla sezione con una storia non ben decisa di lesione endocranica e con fatti di paraplegia. La necroscopia dimostrò oltre ad una meningite spinale purulenta, la presenza di un carcinoma a tipo scirroso della mammella sinistra, un grosso papilloma della cute nella regione sopra pubica, un tumore a tipo di endotelioma psammomatoso della faccia interna della dura madre alla volta e infine di un tumore molle del volume di una grossa castagna che si trovava sui corpi quadrigemini a sostituire completamente la ghiandola pineale.

L'O. illustrando i dettagli istologici dei vari tumori si sofferma su quello della epifisi che per la rarità del reperto ha maggior interesse; accenna alle varie ipotesi diagnostiche propendendo per una forma di epifisoma o struma della pineale.

Dopo questo passando rapidamente in rassegna le statistiche note circa la molteplicità dei tumori afferma che le varie statistiche sono poco comparabili fra loro perchè partono da punti assai differenti, sia perchè alcuni autori si occupano solo dei tumori maligni, sia perchè altri si occupano solo della molteplicità secondo i varii apparati e a base di questa sua affermazione riferisce le differenti percentuali che si trovano nella letteratura scientifica, dalle quali risulta anche come la molteplicità dei tumori sia maggiore nell'età avanzata e ciò in rapporto alla frequenza del cancro in detta età.

Il caso dell'O. ha interesse perchè tutti i quattro tumori secondo la teoria embriologica provengono dallo stesso foglietto e più che tutto per la rarità di uno di essi. P. M. NICCOLINI.

Ospedale Maggiore - Bologna.

Seduta del 4 dicembre 1927.

Di un condro-osteo-sarcoma insorto in una scapola in seguito a sforzo.

Prof. A. BUSACCHI. — Riferisce e presenta i preparati di un condro-osteo-sarcoma fuso cellulare della scapola, rapidamente sviluppatosi in seguito ad uno sforzo per trattenere un paio di buoi spaventati.

Nei due giorni dopo l'infortunio accusando l'infortunato dolore alla scapola, fu fatta di questa una radiografia sospettandosene una frattura.

La scapola fu trovata completamente normale.

Una radiografia ripetuta circa un mese dopo, per essersi sulla scapola sviluppata una intumescenza, mostrò ivi la presenza di un tumore del volume di un grosso arancio contenente in parte tessuto osseo. Il tumore fu asportato.

Discute il caso dal punto di vista medico-legale concludendo che non essendo nota la genesi dei tumori e non potendosi escludere che il trauma fosse la causa necessaria per l'insorgenza del tumore, ritiene non possa negarsi l'indennizzo.

Considerazioni su cinquanta casi di tetano.

Dott. PIETRO SARZI SARTORI, aiuto del Laboratorio e del Reparto Malattie Infettive d'Isolamento. — Esaminando le cartelle cliniche di 50 casi di tetano, ha rilevato che questa malattia colpisce molto più facilmente il sesso maschile del femminile, che durante la stagione calda è stata ricoverata una quantità maggiore di tetanici che nella fredda e che i contadini hanno dato il massimo contributo di malati.

Esposti i fatti clinici più interessanti, l'O. trattando della prognosi del tetano, riferisce che la mortalità ha raggiunto il 56 % nei casi presi in esame.

A tutti i malati è stata praticata la sieroterapia a grandi dosi (cc. 600-1300 di siero Tizzoni o I. S. Milanese, per via sottocutanea ed endovenosa) insieme alla cura Baccelli. Sono stati usati, inoltre, i comuni sedativi (cloralio, morfina, ecc.) e non è stato trascurato il trattamento chirurgico delle ferite aperte.

L'O. in base anche all'osservazione diretta di molti di questi casi, ritiene sia lecito affermare che il siero possa recare reali vantaggi curativi quando venga usato precocemente ed in grandi dosi.

Un caso di amebiasi autoctona ad esito letale.

Dott. CARLO-LUIGI EMILIANI, assistente. — Espone il decorso clinico di un caso grave di dissenteria amebica autoctona ad esito letale presentando i preparati istologici delle alterazioni rinvenute in tutto il crasso.

Riepiloga la serie dei mezzi terapeutici tentati vanamente, ritenendo probabile che la loro mancata efficacia (emetina, clisteri sedativi ed astringenti, neosalvarsan) sia da imputare al tardivo intervento.

Mostra i preparati istologici del crasso, presentanti numerose amebe disposte o in fila o a gruppi, tutte o quasi nella sotto mucosa, nonchè altre notevoli alterazioni a carico della mucosa intestinale. *Il Segretario*: DOTTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Espettorati fuso-spirillari.

Léon-Kindberg e R. Cattan hanno riferito alla Società Medica degli Ospedali di Parigi, intorno alla pneumopatia di una negra il cui sintoma principale ha consistito in una espettorazione putrida, estremamente ricca in spirocheti e in bacilli fusiformi. L'esame clinico e radiologico aveva escluso qualsiasi seria lesione delle vie respiratorie (*La Presse Médicale*, 7 dicembre 1927). Ma all'autopsia si trovarono focolai bronco-pneumonici, contenenti piccoli cocchi gram-positivi.

In un'altra ammalata la quale presentava un focolaio della base, non tubercolare nè brochiettasico, con spirocheti negli sputi, hanno potuto riprendere le esperienze di Sanarelli. Nelle loro culture hannó, infatti, potuto osservare la successione dei bacilli fusiformi, delle forme spirillari e dei corpi cocciformi che sono forse, come ha dimostrato Sanarelli, aspetti diversi di una stessa specie microbica.

Così si avrebbe la spiegazione delle lesioni studiate nel primo caso. Converrebbe, dunque, riprendere sotto questo punto di vista lo studio delle numerose pneumopatie oggi mal conosciute o mal classificate.

L. V.

La controversa eziologia della febbre gialla.

Dopo lo studio di Watson Sellards in Brasile sopra la reazione di Pfeiffer, eseguita con siero di convalescenti di febbre gialla, la quale dette resultati negativi tanto con la *L. icteroides* che con la *L. ictero-haemorrhagiae*, e gli studi dello stesso autore con Gay, che hanno recentemente dimostrato che ciascuna di tali leptospire si comporta nella stegomia (*Aëdes aegypti*) come in ospite inadatto, mostrando un comportamento niente affatto parallelo con quello del virus della febbre gialla nello stesso insetto. A. Watson Sellards e M. Theiler (*Am. Jour. of Trop. Med.*, vol. VII, n. 6, nov. 1927) studiano ora il siero di soggetti immuni alla malattia di Weil nelle sue reazioni di Pfeiffer sopra le due leptospire.

Esperimentarono su cinque sieri umani di soggetti che avevano sofferto la malattia da 44 giorni a 4 anni prima, e su uno di cavia artificialmente immunizzata. In dosi di un cmc. di siero, contro 1 cmc. di emulsione di leptospire virulentissime, essi ottennero tutte reazioni di Pfeiffer positive sia con la *L. icteroides*, sia con la *L. ictero-haemorrhagiae*. In dosi minori, il siero, non più esaminato per la reazione di Pfeiffer, venne studiato per la sua azione protettiva contro ciascuna delle due leptospire: dimostrando che essa si verificava, entro ragionevoli limiti, allo stesso titolo per ambedue le leptospire, in modo da escludere ogni specificità differenziale. Considerano perciò, anche da un punto di vista etiologico, la *L. icteroides* identica alla *L. ictero-haemorrhagiae*. Concludono che, se in convalescenti di ittero acuto infettivo, con diagnosi dubbia di febbre gialla o di m. di Weil, il siero dà una reazione di Pfeiffer positiva verso una qualunque delle due leptospire, e mostra azione protettrice verso di esse sulla cavia, ciò significa che il paziente ha sofferto di m. di Weil. Reazioni negative stanno invece in favore della diagnosi di febbre gialla.

Sono convinti che la febbre gialla non sia, perciò, causata dalla *L. icteroides*.

E. J. PAMPANA.

L'azione del bismuto sulla « Leptospira icteroides ».

Recentemente molti lavori tendono a dimostrare delle grandi analogie, specie d'ordine sierologico, tra la Spirochœta ictero-haemorragiae, microrganismo della Spirochetosi ittero-emorragica, e la Leptospira icteroides, considerata da Noguchi e da altri come l'agente infettivo della febbre gialla. Questo germe perde dunque il suo valore eziologico specifico.

Sazerac, Hosoya e Stefanopoulo (*Bull. de l'Ac. de méd.*, n. 30, seduta del 26 luglio 1927) aggiungono un nuovo elemento a questa quasi assoluta identità, dimostrando che il bismuto, che ha azione terapeutica e preventiva contro la Spirochetosi ittero-emorragica, si comporta nello stesso modo contro l'infezione sperimentale della cavia con la Leptospira icteroides: piccole dosi di tartro-bismutato di potassio, iniettate sottocute immediatamente prima dell'inoculazione della cultura di Leptospira, impediscono lo svolgersi dell'infezione; mentre, ad infezione avvenuta, esercitano una spiccata azione terapeutica, impedendo la morte degli animali anche se vengano iniettate dopo 6 giorni dall'inoculazione del virus.

Gli AA. pensano alla possibilità di istituire una terapia della febbre gialla con i composti di bismuto.

M. SABATUCCI.

SEMEIOTICA.

Le alterazioni oculari nella tabe.

Esse sono notissime e la letteratura è ricca di studi del genere. Non è tuttavia inutile ricordare i dati che Santonastaso (*Riv. di Patol. nervosa e mentale*. Firenze, sett-ott. 1927) ricava da una accurata indagine clinica svolta su 50 casi. Da questi risulta:

L'equilibrio muscolare è interessato più spesso nella tabe superiore (70 %) che nella tabe inferiore (50 %). È sopra tutto colpito il VI paio, con una frequenza del 50 % nella tabe superiore e del 30 % nella tabe dorsale. Subito dopo viene il III paio con una percentuale del 31 e rispettivamente del 17,6 %. Si noti bene che in queste percentuali l'A. ha comprese le insufficienze muscolari che hanno valore di paralisi in latenza o di postumi nella guarigione della paralisi, contrariamente a quanto da altri AA. viene ritenuto.

Le pupille presentano variazioni nel 94 % dei casi, con lieve prevalenza nella tabe dorsale; con rigidità alla luce (81 %) più spesso nella tabe superiore che nella dorsale (64,7 %); in questa però si nota inoltre torpore, anisocoria (56 %), miosi (25 %); rigidità all'accomodazione nel 25 % nella tabe superiore e nel 17 % nella forma dorsale; midriasi solo nel 6 % dei casi di tabe superiore, atrofia segmentale o totale dell'iride nel 6 e nel 14,7 %. Bisogna notare che tutti i segni pupillari anzidetti e anche l'Argyll-Robertson pure essendo osservati quasi costantemente nella tabe si possono trovare più raramente anche in altre malattie.

Il visus è più frequentemente interessato nella tabe superiore (94%) che nella tabe dorsale (70,6%).

Il fundus oculi presenta varie alterazioni: la più frequente è l'atrofia primaria o discendente (60 %), poi la postneuritica che specie nella varietà incipiente è più frequente nella tabe superiore (18 %); più rara è una neurite lieve (9 %). L'A. fa rilevare come le lesioni oftalmoscopiche si abbiano precocemente, quando non si sono ancora manifestati disturbi visivi, e perciò quando compaiono alterazioni subiettive della vista si trova in genere atrofia. Questa constatazione è importante in quanto ricorda ciò che già si verificò in altre malattie, specialmente nelle alterazioni del nervo ottico che si stabiliscono lentamente in seguito a fatti di stasi per ipertensione cronica, che cioè il visus si conserva discreto, quando già sono evidenti alterazioni oftalmoscopiche.

Tale contrasto impone l'obbligo di ammettere un potere di adattamento molto forte nelle fibre del n. ottico, non solo per alterazioni derivanti dalla compressione, ma anche per alterazioni dovute ad altra causa, come, p. es., la tabe, purchè queste agiscano lentamente.

Il campo visivo, come il visus, è interessato più di frequente nella tabe superiore (87,5 %) che nella dorsale (76,5 %).

L'emianopsia superiore fu riscontrata in più del 12 % dei casi in ambedue le forme di tabe, mentre la bitemporale solo nella tabe superiore e nella stessa percentuale.

La emianopsia binasale si incontrò solo nel 6 % delle due forme di tabe.

Lo scotoma centrale relativo si ha nel 18 % nella tabe superiore, nell'11,7 % nella t. dorsale.

Circa la localizzazione della lesione nel n. ottico, l'A. crede, dai risultati clinici ed anatomo-patologici, dover ammettere che essa possa risiedere tanto nella porzione periferica che nella intracranica. L. TONELLI.

Il segno di Argyll-Robertson.

È una dissociazione dei riflessi pupillari, che si traduce con l'abolizione del riflesso foto-motore e conservazione della reazione alla convergenza, accompagnata da ipertonia dello sfintere. Non tutte le immobilità pupillari riflesse alla luce, con conservazione della reazione alla convergenza vanno però designate sotto la denominazione del segno di A. R., essa va riservata ai casi in cui esiste contemporaneamente un restringimento per ipertonia dello sfintere. Quest'ultima non può spiegarsi che con un disturbo funzionale dell'innervazione periferica, poichè nè l'eccitazione dell'oculo-motore comune, nè la paralisi del simpatico non potrebbero provocarla nelle condizioni in cui essa si manifesta. I riflessi che si traducono con una diminuzione del diametro pupillare sono conservati, ma la loro ampiezza è proporzionale al grado del restringimento; sono invece aboliti i riflessi dilatatori. È per questo che si deve ammettere che il restringimento pupillare è dovuto all'ipertonia dello sfintere.

Come fa rilevare Ch. Lafon (*Revue médicale*, 18 agosto 1927) il segno di A. R. è un sintomo di sifilide neurotropa, di cui la lesione originale è localizzata all'innervazione periferica dell'iride.

fil.

CASISTICA.

La litiasi asettica della cistifellea.

Nel passato si credeva che ogni calcolosi della cistifellea dipendesse da un fattore infettivo; tale teoria fu detronizzata da Chauffard; A. Gosset porta un nuovo contributo, confermando che accanto alla litiasi dovuta all'infezione della vescichetta biliare, ne esiste un'altra, asettica, per ipercolesterinemia.

Dall'esame di 38 pezzi di cistifellea, egli ha potuto osservare dei piccoli ammassi di etere di

colesterina, a forma di piccoli calcoli, i quali sono legati per un peduncolo alla mucosa della vescichetta.

La quistione principale è di stabilire se queste concrezioni siano il risultato d'una funzione normale della vescichetta, o d'un assorbimento di colesterina da parte dell'epitelio della mucosa vescicolare, o se tali ammassi possano distaccarsi dalla mucosa, e costituire dei veri calcoli asettici.

Quest'ultima ipotesi è controllata anatomicamente, in quanto il Gosset in tre pezzi di cistifellea ha potuto trovare contemporaneamente dei calcoli liberi, dei calcoli peduncolati e degli ammassi sottoepiteliali: le tre tappe attraverso cui passerebbe la formazione del calcolo asettico.

Anche anatomo-patologicamente s'è riscontrato sulla mucosa vescicolare la traccia ove il calcolo era fissato per mezzo del peduncolo alla stessa mucosa: in tutti i pezzi esaminati non s'è messo in evidenza alcuna traccia di infiammazione.

Clinicamente tale ipotesi trova conferma nel fatto che l'ablazione della cistifellea fa cessare ogni crisi dolorosa.

Queste colecistiti calcolose asettiche sono molto frequenti e più facili di quelle dovute ad infezione.

(*La Tribune Médicale*, n. 1, gennaio 1928)

Carusi.

Colecistite e calcoli biliari.

L. Wilkie (*The Lancet*, 19 nov. 1927) dimostra che, con una buona tecnica di coltura della bile è possibile ottenere dei germi, oltre che nei casi acuti, anche in quelli cronici di colecistite. Egli ha potuto isolare nell'85 % lo streptococco, che avrebbe un potere selettivo per la cistifellea e che sarebbe quasi costantemente la causa della colecistite.

Per quanto riguarda la sintomatologia della colecistite, l'A. richiama l'attenzione: 1) sull'ostruzione del collo della cistifellea come la causa più frequente della colica da calcoli; 2) sul fatto che il coledoco non ha strato muscolare che permetta ad un calcolo di rimanervi senza dare luogo a sintomi; 3) sulla netta contrazione muscolare della cistifellea che può essere prodotta dall'ingestione di grasso.

Nella diagnosi, l'A. dà scarsa importanza al tubo duodenale, che, se può dare utili indicazioni nei casi avanzati ed infetti, ne dà invece scarse nei primi stadi, quando l'infezione è intramurale. Fra i metodi accessori, il primo posto spetta alla colecistografia, specialmente combinata con il pasto di bario.

È discutibile l'azione disinfettante di medicinali sui dotti biliari e, quindi, non ci si può attendere molto da essi. È invece consigliabile l'asportazione della cistifellea nei casi di infezione localizzata e quando l'operazione può essere fatta senza notevole pericolo.

fil.

Cistifellea con potere di concentrazione diminuito.

Friedrich (*D. Zeit. f. Chir.*, vol. 198, pag. 1, 1927) riporta l'esperienza acquisita con la colecistografia. Di 100 casi in cui venne praticata 41 volte potè controllare operativamente i risultati. 27 volte non si ottenne il riempimento della cistifellea con la sostanza opaca, di questi malati 22 vennero operati. Dalle statistiche di altri autori si può dedurre una lesione della cistifellea quando nella colecistografia ben eseguita la cistifellea non si riempia (con la tetraiodiofenolftaleina endovenosa). Dei 22 casi operati che si trovavano in queste condizioni, in 14 esisteva una occlusione del cistico che spiegava il mancato riempimento. In altri 4 casi esistevano dei calcoli pur essendo pervio il cistico; si può ammettere in questi che al momento della colecistografia un calcolo si fosse incuneato nel dotto; in 4 casi però non vennero rinvenuti calcoli nè le pareti della cistifellea presentavano alterazioni macroscopiche evidenti.

In questi casi l'autore ha praticato alcune ricerche sulla bile contenuta nella cistifellea e ha notato sempre la presenza dello iodio. Pensò allora che la mancata visibilità radiografica fosse in rapporto con un diminuito potere di concentrazione per la sostanza iniettata cioè con una alterazione funzionale della cistifellea. Dosato contemporaneamente il contenuto in bilirubina osservò che invece di 1300-1500 unità ne conteneva quantità molto minori; anche macroscopicamente la bile in questi casi si presentava più chiara del normale. L'es. microscopico delle pareti della cistifellea dimostrò alterazioni microscopiche nette.

L'A. crede quindi di poter concludere che alcuni casi a sintomatologia colecistica non netta abbiano quale base morbosa una cistifellea con funzione di riassorbimento alterata, alterazione dipendente da lesioni microscopiche non diagnosticabili all'intervento. In questi casi la diagnosi preoperatoria può essere fatta solo da un mancato riempimento opaco della cistifellea. Al tavolo operatorio, finchè la colecistografia non sarà divenuta una pratica corrente, la diagnosi sarà fatta da una puntura esplorativa della cistifellea che dia esito a bile chiara invece della bile densa, scura, quale è normalmente contenuta in essa.

Valdoni.

Fistole biliari interne.

Recentemente sono stati pubblicati alcuni lavori in cui si è cercato di estendere l'indicazione alla creazione di fistole biliari interne, per lo più con lo stomaco. Così Bogoras e altri hanno proposto

questo metodo come adatto a curare l'ulcera gastrica; altri, e specie chirurgi americani, credono di dover preferire la colecistogastrostomia alla colecistectomia, nella colecistite calcolosa; in questa materia si eviterebbe una occlusione del coledoco nei casi recidivanti e addirittura la formazione dei calcoli.

Hutter (*Archiv. f. Klin. Chir.*, vol. 146, 1927, p. 332) ha raccolto i casi di gastrocolecistotomia eseguiti nella Clinica di von Eiselsberg, in tutto 25. Per quanto riguarda la tecnica si esegue sempre una stomia ampia e ciò per due motivi: il primo che una stomia piccola presenta un orifizio che facilmente finisce per otturarsi, secondo perchè una comunicazione stretta tra colecisti e tubo digerente favorisce l'infezione ascendente delle vie biliari perchè il succo e le sostanze intestinali ristagnano nella colecisti e viene a mancare così la possibilità di un drenaggio naturale.

Per il pericolo di una infezione ascendente (che non è mai mancata) è preferibile una colecistogastrostomia; anche tecnicamente l'intervento è così più facile.

I risultati clinici ottenuti sono stati sempre cattivi, l'infezione ascendente delle vie biliari ha portato sempre a morte i pazienti dopo un periodo di 1-2 anni. Per tale ragione l'autore crede che l'unica indicazione alla colecistogastrostomia sia rappresentata dalla stenosi neoplastica del coledoco e da casi, in cui reciso il coledoco durante un intervento, non si riesca a suturare i monconi fra di loro. In tutti gli altri casi non si dovrebbe eseguire l'operazione. Per quanto riguarda il metodo di Bogoras ricorda un caso in cui intervenuti per ulcera callosa della piccola curvatura nel resecare le aderenze venne sezionato anche il coledoco. L'operatore applicò una gastroenterostomia e una colecistogastrostomia. Il pazente morì un anno dopo l'intervento per colangite grave; all'autopsia si rinvenne guarita l'ulcera della piccola curvatura ma presente una nuova ulcera sulla stomia.

VALDONI.

TERAPIA.

L'uso e l'abuso degli ipnotici.

L'insonnia si accresce con l'aumentare della civiltà, e le droghe soporifere sono in uso crescente negli ultimi anni.

L'insonnia può avere le cause più varie: come malattie organiche del sistema nervoso centrale, quali sifilide cerebrale, meningite tubercolare o luetica, demenza paralitica o tabe. Oppure può risalire a arteriosclerosi, cardiopatie valvolari, ipertensione o altre malattie dell'apparato circolatorio. Talora si ha per malattie polmonari o dell'apparato digerente; infine nelle psicosi o nella mania acuta. Ma il più delle volte devesi a cattive abitudini od errori igienici: stanze male ventilate, troppo calde o troppo fredde, eccessivo uso di thè o caffè o fumo. Il tutto è aggravato dai nervosismo della vita moderna.

J. Brasher (*The Practitioner*, n. 5, nov. 1917) dice che molti di questi ultimi malati prendono crescenti quantità di alcool nella speranza di vincere l'insonnia dovuta ad abitudini sedentarie, tabacco, caffè, cibo eccessivo.

Il numero di persone, specie donne, che prende la clorodyne (specialità inglese ad effetto ipnotico simile al cloralio. N. d. R.) è molto più grande di ciò che si crede generalmente. Ma molto più grande è la serie dei pazienti che prende ipnotici del gruppo del sulfonal e del veronal. Nell'annuale Congresso della Sezione di Terapia e Farmacologia della Reale Società di Medicina (Londra) del maggio 1927, William Willcox e altri illustrarono gli effetti clinici e patologici degli ipnotici del gruppo dell'acido barbiturico e del sulfonal. Il Congresso mostrò il pericolo di tutti i derivati del gruppo del veronal. Gunn dimostrò che il veronal abbassa il potere battericida del sangue, e Parkes Weber descrisse un caso di ematoporfirinuria e paresi degli arti inferiori in un paziente che aveva ingerito 5 grani (= 30 ctgrm.) di veronal ogni sera per quattro mesi. Il parere del Congresso fu unanime nel ritenere gli ipnotici del gruppo dell'acido barbiturico (come veronal e suoi sali, medinal, dial, luminal, ecc.) più potenti, più rapidi nell'azione ma più pericolosi del gruppo del sulfonal.

Tra i soporiferi vi sono poi l'oppio e i suoi alcaloidi, specialmente la morfina, i bromuri, il cloralio e la paraldeide. Il pericolo dell'oppio e derivati è ben noto, ma il sempre crescente numero di specialità in cui sono mascherati ne facilita la diffusione.

I bromuri spesso utili nei casi acuti, devono essere cautamente usati nelle forme a decorso lungo, poichè per uso continuato deteriorano l'intelligenza. Il cloralio ha un'azione deprimente sul cuore e sono frequenti i casi di superdosi prese spontaneamente e terminati con morte. La paraldeide è usata quasi solo nelle forme mentali, e il suo sapore e odore disgustosi ne limitano l'uso, tuttavia se presa conduce a rapida abitudine.

L'aspirina e i derivati dell'acido salicilico sono divenuti spaventosamente popolari in questi ultimi anni: alcune donne prendono questi farmachi ogni sera per anni, e non comprendono che queste sono responsabili della depressione, anoressia, dispepsia ed irritabilità nervosa di cui esse soffrono. Questo per quanto riguarda l'abuso, vediamone ora l'uso. Non si dovrebbe mai

attribuire ad una nevrosi l'insonnia se prima non si è bene esclusa del tutto ogni lesione organica. Molti uomini di media età soffrono di insonnia perchè sono dei prostatici! Quando è chiara la origine funzionale del disturbo questo non deve essere considerato come inesistente. La scelta poi dell'ipnotico da usarsi deve essere accuratissima escludendo sopra tutto quelli che creano abitudine come l'oppio, i suoi derivati ed anche l'alcool. Nelle intossicazioni croniche da derivati del gruppo dell'acido barbiturico vi sarebbe pericolo di una fatale broncopneumonia. L'ipnotico usato deve essere mutato di frequente.

L. TONELLI.

I preparati a base di fosforo.

Fra i medicamenti di seconda linea, sono da annoverarsi i preparati a base di fosforo, che hanno sul malato un'efficacia fisica e morale. La loro azione tonica è innegabile, mentre hanno il vantaggio di inspirare fiducia. La parola « fosforo » induce nello spirito l'idea di qualche cosa che scintilla, che eccita, risveglia, ringiovanisce: gli impotenti ne hanno grande rispetto, i depressi, gli stanchi vi ricorrono come ad una gruccia per il povero sistema nervoso.

Nell'infanzia, il fosforo è stato preconizzato contro il rachitismo. Si prescrive l'olio fosforato all'1 per cento (g. 5) in olio di fegato di merluzzo (g. 995); ogni cucchiaio contiene un milligrammo di fosforo, se ne dà 1/10 di mg. per ogni sei mesi di età; il medicamento è tossico e conviene diffidarne.

I bambini sopportano meglio l'acido fosforico: 1-2 gocce per anno di età, che si danno prima dei pasti, spesso associati all'olio di fegato. L'acido fosforico è però un irritante gastrico e non conviene che agli individui che digeriscono bene. Meglio è associarlo al fosfato di sodio (20 cg. per anno). Nell'adulto si dà il fosfato di sodio (g. 10) con acido fosforico (g. 5) in 300 di acqua distillata. Un cucchiaio prima dei pasti in un po' di acqua.

Nell'ipersteniа gastrica si dà il fosfato di sodio (g. 10) con creta preparata (g. 90) e belladonna polv. (cg. 10); da prenderne un cucchiaino al mattino ed alla sera. Nelle atonie gastriche si prescrive la soluzione di Bourget (fosfato di sodio g. 2; bicarbonato e solfato di sodio ana g. 3; per una cart.; da sciogliere in un litro di acqua bollita; un bicchiere, caldo, al mattino, alle 16 ed alla sera.

Gli ipofosfiti sono spesso consigliati: nella tubercolosi e nel rachitismo si usa quello di calce, che si associa anche a quello di sodio (ana g. 1,50) ed all'arseniato di sodio (cg. 4), in 200 grammi di sciroppo di ciliege. Se ne dà un cucchiaio da frutta prima dei due pasti principali.

Il fosfuro di zinco è specialmente raccomandato contro l'impotenza in pillole di 1-2 mg. od in cartine; per queste, lo si prescrive in dosi di due mg. con 25 cg. di glicerofosfato di magnesia; da prenderne una dopo i pasti principali.

Buone preparazioni sono il latto-fosfato ed il cloridrofosfato di calce (10 cg. per anno). Una preparazione organica di difosfato di calcio e di magnesio costituisce la specialità nota sotto il nome di fitina, che è un po' irritante per lo stomaco.

Il fosfato tribasico di calce è antidiarroico (10 cg. per anno) ed è utilizzato nelle polveri calciche prescritte nella tubercolosi polmonare: Fosfato di calce g. 10; Carbonato di calce g. 5; Magn. calc. g. 2, da prenderne una presa prima dei pasti. L'associazione dell'adrenalina (X gocce della soluzione al 1/1000, due volte al giorno) favorisce l'assorbimento dei fosfati.

Godono ancora una certa voga i glicerofosfati, che sono tollerati meglio che le preparazioni fosforate. Per iniezioni ipodermiche si prescrive: Glicerofosfato di sodio, Cacodilato di sodio, ana cg. cinque, Acqua distillata cmc. 1; per un'iniezione, 10 giorni di seguito. Oppure si possono dare le cartine: Glicerofosfato di calce e di magnesia, ana cg. 25, da prenderne una prima dei pasti. Conveniente è, secondo S. R. (*Journal des praticiens*, 19 nov. 1927), l'associazione con altri nervini: Glicerofosfato di calce e di magnesia, ana g. 3; Tint. di kola g. 6; Tint. di noce vomica cg. 60; Sciroppo di ciliege g. 200; un cucchiaio da frutta prima dei pasti.

Come tonico nervino, il glicerofosfato di magnesio sembra superiore a quello di calce.

fil.

La somministrazione stricninica nei bambini.

La medicazione stricninica dà sempre preoccupazioni nei bambini.

Il Trambusti (*Riv. Clinica pediatrica*, n. 9, 1927) riferisce che tale medicamento è somministrato normalmente nei bambini affetti da paralisi postdifteriche, senza che si sia mai lamentato alcun disturbo.

Si dà o sotto forma di noce vomica, alla dose di 6 gocce al giorno al 2° anno, fino a 18-20 gocce nei bambini di 6-8 anni, o per iniezioni, alla dose di 1 mgr. *pro die* fino al 2° anno, e talora anche per 12-15 giorni di seguito; in casi gravi fino a 2 mgr. *pro die* nei bambini di 5-6 anni.

In un bambino di 25 mesi furono somministrati per errore 4 mgr. di solfato di stricnina, e si ebbero appena accennati i fenomeni d'intossicazione (scosse tonico-cloniche, trisma, ipertensione, bradicardia).

Il bambino intossicato dalla tossina difterica sopporta dosi di stricnina superiori a quelle dell'adulto, mentre tale farmaco va dato con circospezione nelle altre affezioni dei bambini, se non se ne conosce la tolleranza.

CARUSI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Trattato di medicina italiano e sulla *terapia malarica non chininica*. — Al dott. S. Fonda, Atene:

Il trattato moderno di medicina italiano, al corrente dei nuovi metodi e delle nuove teorie di cui ella desidera conoscere l'autore, è ancora un *desiderato* di ogni studioso italiano. Credo che in Italia siano numerosi quelli che potrebbero e saprebbero scrivere con quella lucidità e con quella sana critica che sono doti proprie della stirpe, disgraziatamente *chi può, non vuole...* col seguito.

La mia opinione sulla cura non chininica della malaria è stata numerose volte espressa su queste colonne ed anche recentemente. Poichè lei tiene alla personale mia opinione, io le dirò in breve che la malaria allo stato attuale si cura con un rimedio, con la chinina, che è sufficiente se adoperata con sani criteri.

Modesti collaboratori della chinina non mancano: giovano il neosalvarsan, noti bene, se associato alla chinina. Giova lo stovarsolo specie se associato alla chinina. Lo stovarsolo da solo ha ragione dell'infezione terzanaria benigna.

Contro l'infezione da *vivax* è efficace la plasmochina e, secondo gli ultimi lavori, anche contro l'estiva e contro i gameti. A questi entusiasmi non partecipiamo per ora, in base ai resultati ottenuti con recenti saggi, fatti serenamente nella clinica di Roma, sotto la direzione del prof. Ascoli. Gli altri rimedi sono pressochè inutili (bismuto, ecc.).

Letteratura moderna sull'argomento: MUHLENS: *Munch. Med. Woch.*, 1926, p. 2144; SCHULEMANN: *Ibid.*, 1927, p. 383; MEMMI e SCHULEMANN: *Rivista di Malariologia*, 1927, p. 49.

Nella stessa *Rivista di Malariologia* potrà trovare una completa bibliografia di qualunque moderno argomento sulla malaria (Roma, via Spallanzani, 4).

T. PONTANO.

Salasso incruento nella ipertensione. — Al dott. R. O., Teramo:

Ella può settimanalmente eseguire le iniezioni endovenose di 10 cmc. di acqua distillata, senza pericolo o danno. Circa i vantaggi reali del metodo non c'è da farsi grandi illusioni, quando si pensi alle cause che sostengono la ipertensione, le quali restano immodificate.

Nel regime da seguire bisogna tenere in grande considerazione l'uso parco degli alimenti, evitando specialmente le sostanze azotate, e cercando di risparmiarsi in ogni forma di attività fisica e psichica.

T. PONTANO.

Al dott. Guido Gaya, Firenze:

Richieda al dott. G. Pergher, Istituto d'Igiene della R. Università di Roma, copia del lavoro « Sul comportamento dei fermenti lattici nell'apparato digerente ». Nella copiosa bibliografia troverà le indicazioni da lei desiderate. Il lavoro è stato pubblicato sugli *Annali d'Igiene*, 1927, novembre, n. 11

G. SAMPIETRO.

Al dott. L. S., da B.:

Il *Trattato italiano di Radiologia Medica* è in ristampa: scriva subito al Taddei, Ferrara, prenotando il I volume che sta in spedizione.

Consulti in italiano, Casa ed. Torinese: *Trattato di chirurgia* del TADDEI per la parte radiologica esauriente scritta dal BUSI.

E. M.

Coltura dei parassiti malarici. — Al dott. L. F. da R., abb. n. 9592:

La letteratura sulla coltivazione dei parassiti malarici è molto copiosa; suggeriamo:

1) BASS C. C. e JOHNS F. M. (1912). *The Cultivation of Malarial Plasmodium (P. vivax and P. falciparum) « in vitro ».* Journal Exp. Med., Vol. XVI, p. 567.
2) THOMSON J. G. e MCLEAN S. W. (1912). *The Cultivation of one Generation of Malarial parasites (P. falciparum) « in vitro » by Bass Method.* Ann. Trop. Med. a. Parasitology, Vol. VI, p. 449.
3) ROCHA-LIMA H. e WERNER H. (1913). *Ueber die Züchtung von Malariaparasiten nach der Methode von Bass.* Arch. Sch.- u. Trop.-Hyg. Bd. 17, p. 541.
4) JOUKOFF N. M. (1913). *Cultures du parasite de la malaria.* C. R. Soc. de Biol. T. 74, p. 136.
5) ZIEMANN H. (1913). *Ueber die Kultur der Malariaparasiten und der Piroplasmen (Piroplasma canis) « in vitro ».* Arch. Sch.- u. Trop.-Hyg., Bd. 17, p. 361.
6) ID. (1914). *Weiteres über die Züchtung der Malariaparasiten u. der Piroplasmen (Piroplasma canis) « in vitro ».* Ibid., Bd. 18, p. 77.
7) BASS C. C. (1914). *Cultivation of Malarial Plasmodia « in vitro ».* Am. Journ. Trop. Dis. a. Prev. Med. Vol. I, p. 546.
8) LEVI DELLA VIDA M. (1914). *Sulla cosidetta coltivazione « in vitro » dei parassiti malarici.* Atti Soc. Studi Malaria. V. XIV, p. 27.
9) MC LAY K. (1922). *Hematological investigations on malaria in Macedonia.* Journ. R. A. M. C., v. 38, p. 93.
10) PEWNY W. (1927). *Ueber Malariakulturen.* Wien. Klin. Woch., vol. 40, N. 43, 27 ottobre 1927.

Alcuni lavori recenti sono recensiti in *Rivista di Malariologia*, 1927, n. 6.

G. TEGONI.

VARIA.

Il precursore della Croce Rossa: Ferdinando Palasciano.

G. Baduel (*La Croce Rossa Italiana*, 1927, n. 2-4) rievoca con commosse parole la nobile figura di questo medico ed apostolo che può a buon diritto considerarsi come il precursore di quella grande affermazione di pietà e solidarietà umana che ha preso il nome venerato di « Croce Rossa ».

Nato a Capua il 13 giugno 1815 e laureatosi a Napoli nel 1840, fu chirurgo militare dell'esercito borbonico. Studioso di questioni sanitarie militari, trattò dell'igiene del soldato, delle caserme e degli accampamenti, delle malattie più comuni del soldato, delle lesioni violente e dei soccorsi urgenti al ferito. La sua anima profondamente umana considerava quali e quante fossero le sofferenze dei feriti in guerra, inefficacemente curati, spesso abbandonati sui campi di battaglia per una deficiente organizzazione sanitaria, mentre sarebbe stato agevole salvare numerose vite se un numero sufficiente di medici ed adeguati apprestamenti sanitari avessero svolto al seguito degli eserciti combattenti una doverosa missione di pietà e di soccorso.

E da queste sue considerazioni sorse nel suo animo imperiosa e tenace la convinzione, per la quale combattè tutta la vita: « che la vita dei feriti di guerra fosse sacra e che essi dovessero essere considerati neutrali e come tali aventi diritto all'aiuto ed alla protezione dall'una e dall'altra parte degli eserciti belligeranti ».

E nemmeno la minaccia di fucilazione per aver disobbedito agli ordini del generale Filangieri (Assedio di Messina nel 1848) che aveva dato ordine di non risparmiare i feriti, valse a distoglierlo dalla sua convinzione. Pagò con un anno di prigione l'affermazione di un principio radicato nel suo animo generoso; ma nè questo, nè dieci anni di persecuzione fiaccarono la tenacia dell'uomo, che continuò ad interessarsi delle questioni sanitarie rilevate nella guerra di Crimea (1854-55) e nella campagna d'Italia (1859). Il convincimento che moltissime vite si sarebbero potute risparmiare se gli eserciti belligeranti avessero avuto una organizzazione sanitaria rispondente alle necessità degli eserciti stessi e fosse attuato il principio della neutralità, andò rafforzandosi.

Nella libertà del nuovo periodo storico dopo il 1860, il Palasciano potè finalmente proclamare la sua nobile idea e realizzarne la pietosa aspirazione. Ed il 28 gennaio 1861, all'Accademia Pontaniana di Napoli pose a disposizione 100 ducati per un premio da assegnarsi ad un libro di chirurgia militare per la cura delle armi da fuoco, mettendo in rilievo nel suo discorso la necessità che le potenze belligeranti riconoscano il principio della neutralità dei combattenti feriti o gravemente malati.

Il discorso fu largamente diffuso e l'idea trovò numerosi seguaci, specialmente in Francia ed in Svizzera. Successivamente, il Palasciano consigliò la convocazione di un Congresso internazionale per risolvere la questione. E, di fatto, nel 1862 si tenne la prima Assemblea internazionale a Ginevra a cui presero parte 28 delegati dei vari paesi d'Europa. Ma egli non vi fu invitato sebbene fosse ben noto ai componenti la Commissione ginevrina che aveva convocato l'Assemblea, fra cui era il dott. Appia, vincitore del premio bandito dal Palasciano stesso.

Il sentimento umanitario ebbe poi la sua ratifica in un Congresso diplomatico che si concluse nella Convenzione di Ginevra del 22 agosto 1864 modificata poi nel 1868. La priorità dell'idea italiana non venne ricordata in questi Congressi, nei quali però essa riuscì vincitrice. Essa, nata nel cervello di un nostro medico filantropo, aveva trovato attraverso varie vicende nel mondo, la giusta strada fra i popoli, aveva attecchito ed era divenuta una legge umana, mitigante gli orrori della guerra.

Ma il mancato riconoscimento (non solo dell'estero, ma della stessa Italia che invece del Palasciano aveva mandato altri come rappresentanti nei Congressi) non distolse il medico filantropo dal continuare nella difesa e nella propaganda della sua idea, pure rimanendo rattristato dal silenzio che egli sentiva sempre più addensarsi intorno alla sua opera.

Dopo la sua morte, avvenuta a Napoli il 28 novembre 1891, il concorso istituito dallo stesso Palasciano fu vinto nel 1883 dal prof. G. Mazzoni, che in un mirabile studio storico rivendicò al nostro connazionale i suoi meriti. Ed un alto riconoscimento gli venne poi da parte di Margherita di Savoia, Prima Regina d'Italia, la quale ebbe ad interessare il Ministro della Guerra perchè fosse rivendicata all'Italia ed alla memoria dell'illustre prof. Palasciano, la priorità dell'idea umanitaria della neutralità dei feriti in guerra.

« È bello per un italiano », scrive la vedova Palasciano nella vibrante prefazione al libro del prof. Mazzoni, « saper affermare dinnanzi alle altre Nazioni che la più bella, la più grande, la più generosa idea dell'umanità è sorta nel nostro secolo, nella mente di un italiano, sul suolo d'Italia ed è strettamente legata alla sua situazione ed al suo risorgimento sotto la Monarchia Sabauda ».

La Croce Rossa Italiana non trascurò il ricordo del Palasciano, che commemorò nelle sue assemblee e gli eresse un busto nella sede di Napoli, rendendo così giustizia a quest'uomo dal cuore generoso e dalla mente aperta, che precorse i tempi additando una maravigliosa opera di bontà e di amore.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Incidenti da arsenobenzoli e responsabilità professionale.

È questo un argomento delicatissimo e di alta importanza. Sebbene ormai di rado, accade pure di quando in quando anche ai medici più provetti di dover lamentare incidenti fatali nel corso di cure arsenobenzoliche. Tali cure sono state nella quasi totalità dei casi praticate con oculatezza e prendendo tutte le precauzioni possibili onde tutto andasse per il meglio. Può essere incolpato il sanitario per tali accidenti? Vi deve essere da parte sua risarcimento di danni verso i congiunti della vittima?

Ad evitare ai malati di lues gravi pericoli ed alla classe sanitaria gravi dispiaceri è opportuno abolire o per lo meno limitare l'uso di tali farmaci?

Questi importanti problemi si è posti dinanzi l'Associazione dei dermosifilografi italiani nel Congresso del giugno 1927 tenuto a Montecatini: dopo accurata discussione è stato votato un ordine del giorno nel quale l'Associazione riafferma la assoluta efficacia degli arsenobenzoli nella cura della sifilide e ritiene perciò che tali farmaci non possono essere nè aboliti nè limitati nella terapia, tranne speciali controindicazioni che saranno valutate caso per caso dal medico. Stabilisce che il dermosifilografo non può essere ritenuto responsabile nè penalmente, nè civilmente di eventuali incidenti « quando nell'applicazione di tale metodo di cura non possa dimostrarsi la sua imperizia o la sua negligenza ».

L'ordine del giorno infine riconosce utile il controllo clinico degli arsenobenzoli che dovrebbe essere fatto dallo Stato e raccomanda i prodotti italiani per efficacia e tolleranza non inferiori a quelli stranieri.

f. v.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato medico fascista di Roma e provincia.

Il Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia ha aperto l'Ufficio di collocamento per i Medici. L'azione dell'Ufficio è limitata ai posti che si renderanno vacanti e alle assunzioni che saranno richieste, nel territorio della Provincia di Roma, salvo, per le altre Provincie, la segnalazione all'Ufficio centrale di Collocamento.

I Medici i quali desiderano essere tenuti presenti per una eventuale occupazione, inviino al suddetto Ufficio (Via dei Lucchesi, 31, Roma) la loro domanda con firma e recapito ben chiari ed esatti, indicando sempre se siano disposti ad accettare lavoro dovunque ed a qualsiasi condizione, fornendo in caso contrario, tutte quelle notizie le quali pongano l'Ufficio in grado di funzionare senza dispersioni di energie e perdite di tempo.

*
* *

Il Direttorio del Sindacato ha esaminato un notevole numero di questioni, alcune di grande importanza.

Anzitutto ha approvato il Bilancio consuntivo del 1927 e preparato, per essere sottoposto alla approvazione degli organi superiori, il preventivo per il 1928.

Quindi ha trattato ampiamente il problema dell'esercizio abusivo della professione, con particolare riguardo a quello delle arti sanitarie ausiliarie: e ciò in rapporto alle nuove provvidenze del Governo in materia; e a tale proposito il Direttorio ha fermato la sua attenzione in vari casi concreti sui quali si riserva di provvedere.

I Membri fiduciari delle varie Sezioni Tecniche di Categoria hanno illustrato i lavori fin qui compiuti dalla propria sezione, ed il Direttorio, prendendo atto con vivo compiacimento delle relazioni udite, ha confermato i principi direttivi cui le Sezioni stesse dovranno informare la loro azione.

Essendo di poi aperta la discussione sull'attività che dovrà svolgere l'Accademia Lancisiana di cui è prossima la prima adunanza, il Direttorio ha all'unanimità approvato l'istituzione, a carico del bilancio del Sindacato, di un premio annuo di lire duemila da assegnarsi ad uno dei migliori lavori scientifici.

Infine si è proceduto all'esame delle nuove domande di ammissione uniformando l'accoglimento ai più rigidi criteri fascisti.

Ordine dei Medici della provincia di Roma.

L'Ordine dei Medici della Provincia di Roma comunica, che la quota per l'anno 1928 è di lire ventitre, delle quali tre sono devolute all'Opera di Assistenza per gli Orfani dei Medici morti in Guerra.

Il termine per provvedere al versamento è fissato al 31 marzo.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini ».* — Primario medico; v. fasc. 5; scad. 31 mar.

ANCONA. *Amministraz. Provinciale.* — Medico coadiutore, chimico coadiutore, medico assistente e chimico assistente nel Laborat. provinc. d'igiene e profilassi; per i coadiut. stip. L. 12,000, serv.

att. L. 2400, 12 % proventi Sezioni; per gli assist. L. 10,000, L. 1700 e 10 % rispett.; c.-v. Scad. ore 17 del 31 mar. Rivolgersi presidente Deputaz. provinciale.

ANNONE VENETO (*Venezia*). — Scad. 28 feb.; L. 8500 e 4 quadr.; L. 600 uff. san.; tassa L. 50.10.

AVEZZANO. *Ospedale Civile dei SS. Filippo e Nicola.* — Chirurgo primario; L. 3000 annue (*sic*) e compensi dai paganti; tassa L. 50; divieto di esercizio o direzione di case di salute o reparti ospedalieri. Scad. 14 mar. Chiedere annunzio.

BRESCIA. *Ospedale Psichiatrico Provinc.* — Medico aiuto. Scad. 29 feb. V. fasc. 5.

CINIGIANO (*Grosseto*). — Per Monticello Amiata; proroga 29 feb.

COMO. *Ospedale di S. Anna ed Uniti LL. PP.* — Due medici-chir. aggiunti; L. 4500 e partecipazione tasse; nomina triennale non riconfermabile; dopo un biennio si è ammessi a conc. int. per aiuti; serv. entro 15 gg. A tutto 20 mar. Tassa L. 50. Chied. annunzio.

COSTA VOLPINO (*Bergamo*). — Scad. 31 mar.; L. 10,000 oltre L. 2500 cav., L. 500 uff. san., c.-v., L. 300 ambul., L. 700 indenn. spec.; tassa L. 50.10.

FANANO (*Modena*). — Scad. 1 mar.; 2ª cond.; L. 8000 e 10 bienni ventes.; tassa L. 50.

FAVA NOVARESE (*Novara*). — Scad. 29 feb.; lire 7000 oltre L. 840 c.-v., L. 150 ambulat., L. 500 uff. san., L. 500 bicicletta.

LECCE. *R. Prefettura.* — Uff. san. capoluogo; scad. 31 mar.; v. fasc. 5.

LUCCA. *Amministraz. Provinciale.* — Coadiutore per la Sez. medico-micrografica e detto per la Sez. chimica nei Laboratori provinciali d'igiene e profilassi; scad. ore 17 del 29 feb.; stip. lire 11,500, due quadrienni e tre trienni dec., L. 2800 serv. att., c.-v.; esame e titoli; età mass. 35 a. al 5 gen.; chied. annunzio alla Segreteria generale.

LUGAGNANO VAL D'ARDA (*Piacenza*). — A tutto 29 feb.; v. fasc. 6.

MAZZARINO (*Caltanisetta*). — *Congregazione di Carità.* — Chirurgo Direttore dell'Ospedale Civile S. Stefano; scad. 2 mesi dal 30 dic.; vedi fasc. 6.

MODENA. *Commissione Reale per la Provincia.* — Coadiutore del Laboratorio Provinciale Medico-Micrografico. Scad. 15 mar. V. fasc. 6.

ROMA. *Laboratorio d'Igiene e di Profilassi del Governatorato.* — Un assistente nella Sezione medico-micrografica; scad. 29 feb.; v. fasc. 4.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Aiuto oculista; scad. 29 feb.; v. fascicolo 4.

TORINO. — Scad. 25 feb.; cond. periferica di Abbadia di Stura; rivolgersi Municipio, Ufficio Personale.

TREVISO. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione Medica-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e di Profilassi, lire 15,800, un quadriennio e tre quinquenni decimo, c.-v., aumento temporaneo 15 %. Titoli ed esami. Scad. ore 16 del 31 marzo. Rivolgersi Segreteria della Deputazione. A richiesta spediscesi annunzio.

VERONA. *Deputazione Provinciale.* — Direttore della Sez. Medico-Micrograf. dei Laboratorî Provinciali d'Igiene e Profilassi; proroga 29 feb.

CONCORSI A PREMI.

Premio Alvarenga.

Il Collegio Medico di Filadelfia indíce un concorso internazionale al premio Alvarenga, di circa 300 dollari (5000 lire it.), su qualsiasi argomento della medicina. Non si accettano che memorie inédite. Vanno indirizzate, entro il 1° maggio 1928, a: John H. Giroin, Secretary of the College of Physicians, 19 South 22d Street, Philadelphia, Pa., S. U. A.

Il premio del 1927 fu conferito al dott. E. Bogan, di Cincinnati (Ohio), per uno studio sull'ubbriachezza.

Premi per la Oftalmologia per l'anno 1928.

La « Società Italiana di Oftalmologia » conferirà nella riunione annuale dell'ottobre 1928 i seguenti premi:

1. Premio internazionale Cirincione di lire 20,000 e due medaglie d'oro.
2. Premio nazionale Cidonio di L. 7000.
3) Premio della Società Italiana di Oftalmologia: due grandi medaglie d'oro.
4. Premio dell'Ente per la Profilassi delle malattie oculari di L. 5000.
5. Premio Vicentini (della Commissione Reale per la provincia di Chieti) di L. 2000.
6. Premio del prof. Valenti (Oculista in Roma) di L. 1000.
7. Premio del prof. Pansini (Oculista in Lecce) di L. 1000.
8. Premio del prof. Cozzoli (Oculista in Chieti) di L. 1000.
9. Premio del dott. Civetta (Oculista in Foggia) di L. 1000.
10. Premio del prof. Colangeli (Oculista in Roma) di L. 2500.

Per schiarimenti scrivere alla Società Italiana d'Oftalmologia, Via del Gianicolo, 1, Roma.

È aperto il concorso per titoli di medico aiuto alla Clinica Privata « La Quiete » in Varese. Esigonsi conoscenza lingue, perfetta pratica di Laboratorio e di tutti gli esami clinici collaterali. Inviare richieste per trattative e informazioni alla Direzione Medica della Clinica in Varese.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Nuove Libere docenze:

Clinica delle Malattie delle vie urinarie: Nisio Giuseppe.

Clinica oculistica: Balacco Francesco, Caramazza Filippo, Fileti Antonio, Galeazzi Riccardo, Montalti Mario, Santonastasio Alfredo, Speciale Pietro, Tallei Enzo.

Clinica otorinolaringojatrica: Caccialupi Pietro, Casella Benedetto, Guida Guido, Masini Vezio, Motta Roberto, Romano Serafino, Russi Pasquale.

Patologia speciale medica dimostrativa: Marin Pietro, Sacchetto Italo, Scimone Vittorio, Sestini Corrado.

NOTIZIE DIVERSE.

L'assicurazione dei lavoratori contro le malattie.

Il Ministero dell'Economia Nazionale e il Ministero delle Corporazioni, convinti della necessità di non più ritardare l'attuazione dell'assicurazione contro le malattie per tutti i lavoratori, hanno deciso di costituire una Commissione con l'incarico di preparare un piano organico dell'opera da svolgere sia attraverso il funzionamento delle Casse mutue esistenti e da costituirsi, sia con altre forme di attività, dirette a realizzare in pieno l'assicurazione stessa.

Tale Commissione sarà costituita dei rappresentanti dei due Ministeri e dei datori di lavoro e dei lavoratori.

L'Opera Nazionale per la maternità.

Diamo il riassunto dell'attività dell'Opera nazionale per la protezione della maternità ed infanzia dal 1° gennaio al 31 dicembre 1927: Istituti sovvenzionati n. 428; Sovvenzioni ed istituzioni aventi per fine la protezione L. 5,000,000; Colonie estive n. 696; Somme erogate per le colonie estive L. 6,560,000; Bambini inviati alle colonie marine, mont., camp. n. 139,960; Bambini che hanno frequentato i campi sol. suburbani n. 40,000; Istituti ispezionati n. 509; Ricoveri disposti dalla sede centrale n. 1912; Ricoveri disposti dalle Federazioni provinciali n. 4282; Ricoveri provvisori per fermati per ragioni di P. S. n. 558; Soci dell'Opera di cui nove benemeriti 74 perpetui, 149 temporanei, 82 giovanili, n. 314; Abbonati al Bollettino n. 1600; Corsi di puericultura istituiti: *a*) per medici (420 iscritti), numero 12; *b*) per levatrici (322 iscritte), n. 12; *c*) per medici condotti (accelerati - 659 iscritti), n. 18; *d*) per assistenti sanitarie di igiene materna e infantile, assistenti sanitarie scolastiche e bambinaie (300 iscritte), n. 8; Cattedre ambulanti dipendenti dalle Cattedre, n. 55; Ambulatori pediatrici ed ostetrici in vari Comuni, n. 53.

Associazione fascista per l'igiene.

In una sala dell'Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, gentilmente concessa, ha tenuto la prima riunione il Direttorio Nazionale dell'Associazione Fascista per l'Igiene sotto la presidenza del prof. Achille Sclavo.

Erano presenti i due Vice-Presidenti: prof. F. Abba di Torino e dott. A. Botti di Napoli, il Segretario generale dott. G. Palomba di Roma ed i membri: proff. Casagrandi (Padova), De Blasi (Napoli), Corsini (Firenze), il generale medico prof. Baduel per la C. R. I., il dott. C. Giannini per la Cassa Nazionale Assicurazioni Sociali, il dott. R. Vella per l'Associazione Nazionale dei Combattenti ed il dott. A. Lusignoli in rappresentanza dell'Associazione Nazionale Fascista Medici condotti.

Avevano aderito: il comm. prof. Sacconi, segretario dell'« Anif », il prof. Fioretti per il Sindacato Medico ed i proff. Canalis di Genova e Vivante di Venezia.

Approvate le comunicazioni della Presidenza sull'attività svolta dopo il recente Congresso di Roma, il Direttorio Nazionale prese atto con evidente compiacimento dell'accoglimento da parte del Consiglio Superiore di Sanità dei voti emessi dal Congresso stesso ed in special modo di quelli relativi all'insegnamento dell'igiene.

Il prof. Sclavo illustrò efficacemente i capisaldi del programma: guerra alle mosche, premi d'igiene domestica (premi Pagliani), giornata igienica nazionale. Le proposte del presidente trovarono il più largo consenso.

Infine il Direttorio, prima di sciogliersi, stabilì d'iscrivere l'Associazione all'Istituto Nazionale Fascista di Cultura ed entusiasticamente aderì all'ambito invito ricevuto dal Capo del Governo di partecipare al « Comitato Italiano » della « Unione Mondiale per lo Studio dei problemi della popolazione », problemi essenziali per la prosperità economica e per l'espansione culturale non meno che per la potenza militare della Nazione.

Accademia Lancisiana.

Ha avuto luogo la prima riunione scientifica della Accademia Lancisiana di Roma, riunione che è riuscita solenne sia per il numero degli scienziati e dei medici intervenuti, sia per la grande importanza delle comunicazioni fatte.

Il Presidente prof. Ermanno Fioretti ricorda alla Assemblea che due sono gli scopi principali della Accademia, scientifico-culturale l'uno, affettuoso l'altro poichè deve riunire ed affratellare i medici ospitalieri e quelli degli Istituti scientifici universitari.

Dà subito comunicazione di una lettera inviata da S. E. il Prefetto a nome del Primo Ministro esprimendo il gradimento per il telegramma di omaggio inviatogli dalla Accademia. Legge quindi le lettere dei due Presidenti onorari proff. Marchiafava e Durante esprimenti l'entusiastica adesione alla rinnovellata Accademia.

Si inizia poi l'esposizione delle varie comunicazioni riuscite importantissime per l'ampia discussione scientifica a cui dettero luogo.

Il prof. G. Galli, primario medico, parlò su « L'uso della strofantina ».

Il prof. S. Baglioni, direttore dell'Istituto di Fisiologia », « Sulla sopravvivenza dei leucociti in condizioni normali e patologiche ».

Il prof. G. Egidi, primario chirurgo, « Su le indicazioni e i risultati della cura chirurgica nella stasi intestinale cronica ».

Il Presidente ringraziò tutti i colleghi intervenuti augurandosi che l'entusiasmo notatosi nella prima seduta si affermerà sempre più significando consenso della Classe Medica alla nobile iniziativa del Sindacato Medico Fascista.

Convegni di dottoresse in medicina e chirurgia.

L'Associazione Internazionale delle Dottoresse in Medicina e Chirurgia terrà in Bologna il giorno

11 aprile 1928 una seduta di Consiglio, nella quale saranno rappresentate ventidue Nazioni. Nei giorni 12-13-14 aprile si terrà quindi un Congresso, che le Colleghe chiamano « Seduta aperta » in cui saranno trattati i seguenti argomenti:

1) Assistenza Medica e protezione dei bambini e della gioventù nelle varie Nazioni.

2) Malattie degli occhi in relazione alla medicina generale.

Si prevede che numerose saranno le colleghe straniere ospiti di Bologna in quei giorni.

Nello stesso tempo avrà luogo il 3° Convegno della Associazione Nazionale con seduta di Consiglio ed assegnazione di cariche: non si scelgono temi speciali, ma la discussione sarà su proposte o problemi interessanti la Associazione che le Colleghe vorranno porre.

Presidente dell'Associazione Nazionale è la dottoressa prof.ssa M. Carcupino Ferrari, Salsomaggiore (Parma). Presidente del Comitato ordinatore locale è la dott.ssa L. Giorgi. Sede del Comitato ordinatore: Bologna, Archiginnasio.

Il Comitato si sta interessando per ottenere le consuete riduzioni ferroviarie e di tutti gli altri accordi con le Autorità.

La prolusione del prof. Alfieri.

Innanzi alle autorità accademiche e cittadine e ad un denso stuolo di medici, studenti e invitati, il prof. Emilio Alfieri ha tenuto la prolusione al corso di Clinica ostetrico-ginecologica della R. Università di Milano, trattando il tema « Il cancro dell'utero dal punto di vista medico-sociale ».

Egli ha reso un commosso omaggio al suo predecessore e Maestro, il sen. Mangiagalli, di cui per la seconda volta si trova designato a continuare l'opera dalla cattedra: prima nel glorioso Ateneo ticinese, ora nel grandioso Ateneo della metropoli lombarda.

Professori Universitari che raggiungono i limiti di età.

Le università italiane perderanno, dopo l'anno accademico in corso, due professori delle Facoltà mediche: Tizzoni Guido, di patologia generale a Bologna; Giacosa Piero, di materia medica a Torino.

Nella stampa sanitaria.

Nella direzione degli « Annali di Ostetricia e Ginecologia » il sen. Luigi Mangiagalli sarà fiancheggiato dal prof. Emilio Alfieri, suo successore nella cattedra di Clinica ostetrico-ginecologica della R. Università di Milano.

Consultorio Sanitario Matrimoniale a Genova.

A Genova, per cura della Lega Sociale, si istituirà un Consultorio sanitario matrimoniale.

Il Consultorio ha lo scopo di visitare, su richiesta, i due coniugandi, per accertare se esistono difetti o imperfezioni o malattie. Esso dà pareri, suggerimenti con visite e consulti.

La Commissione direttiva, preoccupata del fatto che molti, pure avendone il desiderio, si sarebbero astenuti di valersi dell'opera del consultorio per il timore che altri potessero giungere a conoscenza del loro passo, ha deciso che a nessun esaminando verrà richiesto il nome.

Di ciascun esame medico verranno date le conclusioni e mai i pareri motivati: e ciò per impedire sconfinamenti nel campo riservato strettamente ai professionisti, i quali potrebbero giustamente dolersene. Tanto le visite prematrimoniali quanto le altre, saranno gratuite per i poveri. Gli abbienti dovranno versare un contributo che andrà a beneficio della Lega d'igiene sociale

Inaugurazione dell'ospedale di Piperno.

Il 5 corr. m., con cerimonia austera, ha avuto luogo l'inaugurazione dell'ospedale di Piperno, sorto per tenace volontà di mutilati, combattenti e generosi oblatori.

Alla cerimonia sono intervenute numerossisime autorità locali, dei paesi vicini e di Roma.

Dopo la benedizione dei locali impartita dal vescovo della Diocesi mons. Baccarini, il podestà ha rivolto il saluto ai numerosi intervenuti ed ha ricordato con efficace sintesi i sacrificî generosamente affrontati per condurre a compimento l'opera. Quindi il prefetto di Roma, che rappresentava anche il capo del Governo, nel nome di S. M. il Re ha dichiarato aperto l'ospedale. Alla fine della cerimonia è stato spedito un telegramma a S. E. Mussolini.

L'ospedale, ubicato sul punto più elevato della città, gode di un panorama meraviglioso: le corsie ampie, ben aerate, piene di luce, rispondono completamente ai moderni concetti di igiene. Vi sono reparti di medicina, di chirurgia, di pediatria, di malattie infettive, di pronto soccorso, di cronici, camere private ed una farmacia. La sala operatoria, spaziosa e piena di luce, è fornita di un completo armamentario chirurgico; un gabinetto per analisi chimiche e microscopiche ed un gabinetto radiologico funzionano in armonia con la clinica. Il servizio è disimpegnato da valenti specialisti delle cliniche e degli ospedali di Roma.

Nuova clinica all'Università di Nuova York.

La donazione di 30,000 dollari, pari a circa mezzo milione di lire it., fatta da « un amico dell'Università di New York », ha reso possibile di creare una piccola clinica per lo studio dell'asma, dell'eczema e della febbre da fieno nell'infanzia. La nuova clinica sarà allogata nel « Sydenham Hospital » ed affidata al dott. Bret Ratner, dell'Università di New York e del « Bellevue Hospital », già assistente alla cattedra di fisiologia del prof. Jackson, ove, parecchi anni or sono, cominciò le sue fortunate ricerche su queste malattie così dette « allergiche ».

Le condizioni degli ospedali in Cina.

Il « China Medical Journal » ha raccolto varie notizie sulle condizioni create agli ospedali della Cina dai torbidi politici. Sotto il governo del sud sono venuti a trovarsi 163 ospedali e di essi 35 continuano a funzionare più o meno normalmente, 55 sono stati chiusi, 4 sono stati occupati dalle autorità militari; degli altri non si hanno notizie. Sotto il governo del nord sono venuti a trovarsi 70 ospedali e di essi 49 sono considerati normali, 17 funzionano con accomodamenti transitorî e 4 sono stati chiusi. Gli ospedali delle missioni sono quelli che hanno sofferto maggiori danni. Quando si parla di chiusura, bisogna intendere anche la devastazione e distruzione.

Medichessa scolastica ripudiata.

In un Liceo maschile di Berlino la nomina di una medichessa scolastica ha destato vivaci proteste da parte degli allievi e delle famiglie. Una assemblea di genitori ha votato un ordine del giorno col quale si chiede che nelle scuole secondarie gli allievi e le allieve siano visitati solo da medici del loro sesso.

La medichessa ripudiata conta trenta anni.

Al prof. Domenico Majocchi, durante colpito nei suoi affetti familiari dalla perdita della sorella MARIA ved. TARCHINI, esprimiamo le nostre sentitissime condoglianze.

A 69 anni è morto il prof. OTTO HILDEBRAND, clinico chirurgo di Berlino.

Era nato a Berna, ove iniziò la sua educazione chirurgica. Chiamato a Gottinga dal prof. Franz König, quale assistente, lo seguì poi a Berlino, quando il König vi fu chiamato a dirigere la Clinica chirurgica della Charité. Ivi gli fu affidata la policlinica chirurgica (ambulatorio); nel 1899 fu chiamato a Basilea come ordinario di clinica chirurgica; 5 anni dopo succedeva al suo venerato Maestro, alla Charité di Berlino, ove tenne l'insegnamento per circa 23 anni.

Hildebrand ha legato il suo nome ad una serie di nuovi interventi e di perfezionamenti tecnici. Fu lui ad iniziare l'odierno impiego plastico dei muscoli. Il suo trattamento operativo dei casi gravi di artrite deformante per ristabilire la funzione articolare ha esteso notevolmente la possibilità nel campo protesico. Possiamo ricordare anche il suo trattamento dell'idrocefalo, il suo metodo per la cura operativa delle fratture del collo del femore ecc. ecc. Lascia alcune opere apprezzate, tra cui i « Grundriss der chirurgischen topographischen Anatomie », la « Allgemeine Chirurgie », una monografia sulla tubercolosi e scrofolosi ecc., lavori considerati come basilari nella chirurgia tedesca.

Il prof. WLADIMIR BECHTEREW, morto improvvisamente a 70 anni il 25 dicembre u. s., aveva acquistato fama mondiale per i suoi studî sui riflessi e sulla psicoterapia.

Recentemente aveva fatto sorgere, nella Russia dei Sovieti, una serie d'Istituti, tra cui uno psiconeurologico, uno per lo studio del cervello, uno per lo studio dell'alcoolismo ed uno di otofonetica.

R.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Rev. Españ. de Med. y Cir., gen. — CHAGAS. La tripanosomiasi americana.

Brit. Med. Journ., 21 gen. — A. J. WATSON. Il trattam. del gozzo esoftalm.

Lancet, 21 gen. — DAWSON. L'anemia pernic.

Journ. A. M. A., 7 gen. — L. BAUMAN. L'obesità. — C. S. O' BRIEN. L'anestesia locale in chirurgia oftalmica.

Bull. Ac. de Méd., 10 gen. — A. STROHL. Polarizzazione elettrica dei tessuti viventi.

Arch. Mal. App. Diger. ecc., dic. — M. GUNS. Frenospasmo o cardiospasmo nei megaesofagi. — Q. G. PHOCAS. Influenza del calcio nelle glicosurie.

Brasil. Med., 24 dic. — A. FARANI. Lo spasmo vascolare in chirurgia d'urgenza.

Quarterly Journ. of Med., gen. — I. M. RABINOVITSCH. L'insulina accresce la tolleranza dei diabetici per i carboidrati? — M. W. GOLDBLATH e al. L'obesità. — J. G. KININMONTH. La velocità di circolaz. in varî stati patologici.

Münch. Med. Woch., 20 gen. — CLAIRMONT. La diagnosi delle appendiciti acute. — BRUCKE. Le reazioni ipoglicemiche.

Rif. Med., 16 gen. — G. CASTRONUOVO. Tifo eberthiano o febbre esantematica mediterranea?

Rif. Med., 23 gen. — F. GALDI. Linfogranuloma maligno e linfosarcoma. — F. PINTUS. Riflesso del plesso solare.

Wien. Klin. Woch., 26 gen. — MEIXNER. Gruppi sanguigni in medicina legale.

Deut. Med. Woch., 27 gen. — ARIMA e ISHIHARA. Epidemiologia della tbc. in regioni del Giappone fin'ora libere dalla tbc. — KAEMMERER. Trattam. del cancro con piombo.

Münch. Med. Woch., 27 gen. — GAESSLER. Sieroterapia delle infezioni puerperali.

Amer. Med., dic. — R. S. REEVES. Giardiasi.

Journ. de Mbd. de Lyon, 20 gen. — J. BARBIER e A. JOSSERAUD. Gl'ipertesi a tensione massima variabile.

Endokrinologie, gen. — A. KOHN. Le cellule interstiziali di Leydig nell'ilo dell'ovaia umana. — F. DE QUERVAIN. Mixoedema infantile.

Nipiologia, ott.-dic. — S. MAGGIORE. La mortalità della prima infanzia.

Rev. de Méd., 8. — P. MERKLEN. Le monocitosi in clinica.

Med. Klinik, 27 gen. — J. PAL. L'ipertensione arteriosa.

Bull. Ac. de Méd., 17 gen. — MARINESCO e al. Trattam. della poliomielite acuta.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., gen. — G. SEGRE. Uretrite maschile da streptococco di Schottmüller.

Paris Méd., 28 gen. — CONDORELLI. Insulina, fitochinina e fattore A di Funk.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 25 gen. — C. ROCAZ. L'acrodinia infantile.

Presse Méd., 25 gen. — P. PAGÉS e H. VIALLEFON. La nevrassite tossi-infettiva. — 28 gen. J. VALTIS. Gli elementi filtrabili del virus tbc.

Bull. Méd., 25-28 gen. — Numero di cardiologia.

Nev. Reurol., dic. — J. A. BARRÉ. I disturbi vestibolari nella siringobulbia. — A. TOURNAY. Effetti sensitivi delle perturbazioni simpatiche.

Amer. Journ. Med. Sc., gen. — F. v. MÜLLER. Anatomia clinica del cervello. — W. C. STONER. Carotinemia. — B. GORDON e E. v. STANLEY. Il destrosio nel trattam. dell'obesità. — R. W. SCOTT e O. SAPHIR. Batteriemia da *Brucella melitensis (abortus)* con endocardite. — G. M. PIERSOL e al. Valore diagnostico del drenaggio duodenale nella colelitiasi. — W. P. BREM e al. Donatori digiunanti per la trasfusione di sangue.

Pathologica, 15 gen. — P. VERGA. Pseudotumore della milza — M. MAGNAGO. Resistenza della congiuntiva al passeggio dei germi.

Journal A. M. A., 14 gen. — O. LARSELL e al. Azione emopoietica degli estratti nucleari nell'anemia. — L. T. GAGER. L'ipertensione. — R. T. FRANK e M. A. GOLDBERGER. L'ormone sessuale femminile.

Arch. Mal. du Coeur, gen. — E. FROMMEL. Adrenalina e narcosi al cloroformio. — C. DOLIAN. Ipercardia e ipocardia.

Practitioner, feb. — A. GRAHAM-STEWART. L'ipotensione arteriosa. — J. KENELM REID. Il fattore personale in medicina.

Lancet, 4 feb. — J. F. H. BROADBENT. Eziologia del collasso cardiaco. — M. CULPIN. Frequenza delle psicosi minori.

Journal A. M. A., 21 gen. — D. I. MACHT. Penetrazione dei raggi U. V. nei tessuti animali. — H. L. BOCKUS e J. BANK. Affezioni delle vie digerenti super. associate a sifilide.

Ann. de Méd., gen. — E. LEURET e J. CAUSSIMON. Riasorbim. spontaneo delle pleuriti durante il pneumot. art. — S. DRAGANESCO. Reaz. di Takata-Ara nel liquido c.-r.

Wien. Klin. Woch., 2 feb. — KRAUS. Progressi nella sieroterapia.

Münchè Med. Woch., 3 feb. — PETIE. L'encefalite post-vaccinale. — GAUTER. La malattia ipertensiva.

Paris Méd., 4 feb. — Numero di radiologia.

Journ. d. Prat., 4 feb. — C. ACHARD. L'ittero nella sifilide secondaria.

Ann. de l'Inst. Pasteur, gen. — A. CALMETTE e al. Il B. C. G.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXV Roma, 27 Febbraio 1928 Fasc. 8

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

CLINICA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. R. DALLA VEDOVA.

Il piede piatto statico

per il dott. E. VENEZIAN, assistente.

La più nota deformità del piede è quella che va generalmente sotto il nome di piede piatto e deve la sua importanza oltre che alla frequenza con cui si presenta nella pratica non solo dell'ortopedico ma anche del medico non specialista, alla molteplicità per localizzazione e caratteristiche dei disturbi cui suole dar luogo. Notevole ancor più il fatto che non esiste alcun rapporto diretto fra entità delle sofferenze subiettive accusate ed importanza della deformità, talchè non di rado per le suesposte ragioni e malato e medico ricercano vanamente altrove le cause del male.

Sotto il nome di piede piatto statico si comprende oggi dai più non una ben definita deformità, ma tutta una serie di anomalie morfologiche e funzionali del piede e non son pochi ormai gli autori che rifiutano come scorretta quella denominazione per sostituirla con altre più descrittive ma necessariamente più lunghe (il piede valgo e il piede piano valgo, insufficienza del piede, disturbi statici del piede) o addirittura volutamente imprecise (come weak fott). Non è questo il luogo per una simile critica: il capitolo del così detto piede piatto statico potrà forse in avvenire andare incontro a una profonda revisione, allorchè meglio conosciute saranno la fisiologia patologica e la patogenesi di questi disturbi.

Ma a questo non si potrà giungere se non attraverso a una cognizione più profonda di quel che sia l'essenza della costituzione morfologica e la normale fisiologia di quella delicata e complessa costruzione che è il piede umano.

È strano, eppure le conoscenze nostre in questa materia, dopo tante pagine scritte, non sono chiarite del tutto e basta a dimostrarlo il disaccordo che si rileva fra i vari autori su molti punti dell'argomento.

Per un'adeguata comprensione sembra giusto partire da quel che si conosce dell'evoluzione attraverso le specie di questa parte del corpo.

La filogenesi dimostra come il piede umano sia lo stadio evolutivo terminale di un segmento d'arto, il cui uso originario era quello di permettere l'arrampicarsi (in relazione con la vita

prevalentemente arboricole di codesti animali) e l'atteggiamento conseguente quello di un'estrema supinazione.

Acquistando esso progressivamente una funzione di appoggio e di progressione la superficie di carico doveva necessariamente spostarsi medialmente: così la tuberosità del 1º metatarso veniva ad acquistare una importanza di prim'ordine quale punto d'appoggio necessario per la sicurezza della stazione eretta e del cammino, mentre l'asse sagittale del calcagno ruotava in modo da non formar più con l'asse tibiale un angolo aperto medialmente. L'uomo di Neanderthal presenta ancora l'atteggiamento supinato del tarso ma nella specie umana odierna il calcagno trovasi in una posizione intermedia o addirittura è in lievissima pronazione.

Per comprendere la costruzione e la fisiologia del piede, giova considerarlo sotto un duplice aspetto: a seconda ch'esso costituisca un semplice sostegno passivo o sia in attività.

Dal punto di vista puramente statico si può considerare il piede come una specie di ponte, costituito anteriormente da cinque arcate longitudinali, i metatarsi — che con le loro estremità anteriori formano una volta trasversale — posteriormente dalla tuberosità calcaneare.

La parte più mediale e la parte più laterale di questo ponte sono state distinte come arcata mediale, caratterizzata da una maggiore mobilità e laterale, dotata questa di una maggiore rigidità: la volta del movimento e la volta dell'appoggio di molti autori. L'astragalo che poggia col suo pilastro anteriore sull'arcata interna e col pilastro posteriore su quella esterna, trasmette e distribuisce il peso del corpo sulle varie parti del ponte, cui sovrasta. Importante è ricordare come la linea attraverso cui vien trasmesso il carico non passi per il centro di figura della superficie articolare superiore dell'astragalo, ma alquanto all'esterno e posteriormente, per modo che il peso del corpo viene direttamente trasmesso all'arcata esterna. Punti d'appoggio del sistema sono il calcagno e le regioni delle articolazioni metatarso-falangee del 1º e 5º dito.

Allorchè il carico agisce sul piede inattivo la stabilità e la solidità della costruzione vengono mantenute per opera dei legamenti assai robusti, che uniscono le varie ossa, e dell'aponeurosi plantare: gli uni e l'altra inestensibili; tuttavia la volta si deprime alquanto e questo in parte per la elasticità dei connettivi che la sottendono, in parte per piccoli spostamenti che intervengono nelle ossa del tarso, per cui queste assumono una posizione tale che può essere mantenuta senza l'intervento dell'azione muscolare: l'astragalo si flette leggermente dal lato plantare e si rivolge medialmente, mentre il calcagno si pone in pronazione. Si comprende come basti che intervenga un indebolimento dei legamenti o un sovraccarico perchè l'arcata si spiani e si realizzi così un piede piatto per crollo primitivo della volta. In esso secondariamente interviene il fattore muscolare, giacchè per i modificati rapporti morfologici necessariamente la funzione dei motori del piede viene ad essere alterata. (È stato dimostrato da Biesalski che il tibiale anteriore, un potente adduttore, può acquistare nel piede piatto una netta azione abduttoria). Ma il crollo della volta può essere anche secondario al carico su di un piede valgo primitivo, ove all'origine della deformità sia il fattore muscolare, cioè uno squilibrio nella energia dei gruppi motori antagonisti.

Il piede in attività è una cosa del tutto diversa: esso può essere considerato come l'unione di cinque leve angolari a bracci disuguali, il cui apice corrisponde alla puleggia astragaliena, mosse dai muscoli della gamba in vario senso. Per l'azione di questo sistema di leve il peso del corpo è sollevato e portato innanzi: nel cammino ordinario il piede (dell'arto portante) poggia al suolo successivamente: il margine esterno del calcagno, tutta la superficie calcaneare della pianta, e il margine esterno del piede, la regione delle teste dei metatarsi, la testa del primo metatarso; finalmente, nell'attimo in cui il piede abbandona il suolo le dita sopportano per un attimo il peso del corpo. Si comprende come il camminare con i piedi ruotati all'esterno impedisce questa azione di leva.

Alcune considerazioni meritano ancora la struttura e la forma del piede.

Non esiste un piede tipo per forma e dimensioni; così come per la mano, v'ha per il piede, considerato nel suo insieme e nelle sue singole parti, una grande variabilità, senza che per questo possano considerarsi oltrepassati i limiti del normale.

Vi sono dei piedi larghi e corti, dei piedi lunghi e stretti, dei piedi schiacciati e dei piedi « alti di collo ». Così per quel che riguarda la volta plantare non esiste una conformazione e una profondità che può dirsi normale.

Piedi funzionalmente normali hanno una volta più o meno profonda o si presentano del tutto spianati: il piede piano è caratteristico, ad esempio, della razza negra.

Se noi osserviamo il piede quale viene rappresentato nei capolavori statuari dell'antichità classica e lo paragoniamo a quello della grande maggioranza degli uomini odierni della nostra razza, possiamo agevolmente renderci conto del danno che è derivato a questa parte del nostro corpo in tanti secoli di costrizione da parte delle calzature più inverosimili ed antifisiologiche, in una con

la più completa negligenza dello sviluppo fisico del corpo.

Nella massa degli individui il piede si presenta oggi debole nei legamenti, atrofico nei muscoli e più o meno deforme.

Non è da meravigliare dunque se i suoi disturbi siano così frequenti trattandosi di disturbi causati da uno squilibrio tra il carico e l'attitudine, la capacità al carico. E il complesso di questi disturbi è appunto ciò che studiamo sotto il nome di piede piatto statico, la deformità da carico per eccellenza.

Un'insufficienza muscolare o legamentosa, un improvviso ed esagerato aumento del carico ecco le cause che formano il punto di partenza più comune della deformità. D'altra parte la capacità funzionale può essere diminuita dal fatto che il lavoro vien compiuto in condizioni meccaniche svantaggiose, sia per atteggiamenti viziosi abitudinari, sia perchè il carico per deformità presenti in un segmento dell'arto prossimale rispetto al piede, viene trasmesso in modo anormale (es. piedi valghi in bimbi rachitici con gambe a O).

Forme diverse di piede piatto troviamo nelle differenti età.

Nel fanciullo, fino alla pubertà, in genere la deformità si manifesta sotto forma di un valgismo del piede sotto carico (facilmente rilevabile esaminando il piccolo paziente all'impiedi su di un tavolo e disegnando sulla faccia posteriore della gamba e del calcagno l'asse longitudinale della tibia e della tuberosità calcaneare o anche per la prominenza abnorme del malleolo mediale). Il piede tuttavia è facilmente mobile in tutte le direzioni (anzi spesso a causa di una lassezza costituzionale dei tessuti di sostegno presenta una mobilità esagerata) nè è cagione per lo più di sofferenze: di rado il bimbo accusa una facile stancabilità, si muove di malavoglia, ha dolori nella pianta o nella gamba.

Ma già verso la pubertà, epoca in cui più comunemente insorgono i disturbi funzionali da carico, la deformità assume un diverso aspetto, poichè l'alterata funzione determina alla fine, attraverso lesioni dei componenti articolari, uno spasmo riflesso dei muscoli corrispondenti, spasmo che fissa le singole giunture del piede: si viene cioè a costituire la così detta contrattura.

Prima di accennare però brevemente alla evoluzione della deformità, è necessario far parola del tipo più comune e insieme più attenuato, tal quale si presenta nell'adolescenza e nell'età adulta, insieme con i vari disturbi con essa connessi, forma importante a conoscersi a cagione appunto della sua frequenza.

Son pazienti che sotto l'etichetta di reumatismo, di gotta o di uricemia portano i loro disturbi da medico a medico senza trovar giovamento dalle varie cure tentate.

Da principio essi si lamentano solo di una certa pesantezza, di una facile stancabilità, di una certa rigidità nelle regioni plantari, nei polpacci e perfino nella muscolatura della coscia. Spesso questi pazienti, ove sian costretti a stare a lungo all'impiedi, cercano un sollievo nel poggiare sul margine esterno del piede. Presto, accanto alle sensazioni spiacevoli, compaiono veri dolori, di vario carattere, nei più diversi punti del piede e dell'arto inferiore. Così al malleolo interno e a quello esterno, alla faccia inferiore del calcagno, nella regione delle teste dei metatarsi o fra i metatarsi, nel mezzo della pianta e sul dorso del piede, alle dita, alla faccia anteriore della gamba e al polpaccio, al ginocchio, all'anca, alla regione lombare; fino a dare il quadro di una ischialgia o a determinare la sindrome conosciuta sotto il nome di meralgia parestesica.

È chiaro come in questi casi la diagnosi possa essere sviata. Le sofferenze, di regola, si hanno solo durante il carico, ma non di rado continuano a molestare anche nel letto il paziente, che talora perfino al mattino, appena alzato, avverte una sensazione di stanchezza e di rigidità nel piede.

In tutti i casi il cammino o la stazione eretta sono molto più agevoli in campagna e su terreno ineguale che sui duri e lisci pavimenti stradali della città.

All'esame il piede può presentare una vòlta diminuita d'altezza o anche più profonda della norma; ma sotto carico generalmente è presente un atteggiamento valgo di esso. Spesso il paziente cammina con le punte dei piedi fortemente rivolte in fuori. A carico del piede si possono inoltre constatare: sudorazione aumentata, callosità nella regione plantare o nelle dita.

Non discuteremo qui la diagnosi differenziale con le varie artriti reumatiche, gottose, tubercolari; con la ischialgia.

L'evoluzione dei disturbi che finora abbiamo menzionato può essere assai varia; ma piuttosto di rado la integrità completa della motilità nelle singole articolazioni permane a lungo. E cioè un certo numero di articolazioni viene fissato da uno spasmo riflesso, spasmo che è importantissimo saper riconoscere agli effetti della cura. La contrattura inizia sempre nelle articolazioni subastragaliene, astragalo-calcaneare e astragalo-cuboidea: dapprima il calcagno si fissa in pronazione. Ma nel piede non esiste un movimento per sè stante e indipendente: ogni spostamento di un osso porta con sè altri spostamenti. Così la prona-

zione del calcagno cagiona la flessione plantare e la rotazione mediale dell'astragalo; questo a sua volta lo spostamento laterale dello scafoide. Ecco abbozzata l'abduzione dell'avampiede, che in un primo tempo per non perdere il contatto col suolo si pone in una relativa supinazione.

Non si può diagnosticare la contrattura osservando il paziente in piedi o nel cammino: occorre prendere in esame il piede libero dal carico e ricercare la mobilità delle singole articolazioni.

Nel piede non contratto noi riusciamo facilmente a riportare il calcagno in supinazione, l'avampiede in adduzione. Se questo non è possibile, esiste già una contrattura delle articolazioni sottoastragaliene.

Il quadro del piede piatto nelle sue forme più avanzate è classicamente descritto in tutti i trattati come piede flesso (nella tibio astragalica), pronato (nella sottoastragalica), reflesso e abdotto (nella medio-tarsica e nella tarso-metatarsica).

Esso può essere causa di gravi sofferenze, e spesso il paziente è costretto a evitare assolutamente il carico, ma può anche andare esente da disturbi: il piede è fissato nell'atteggiamento deforme dalla retrazione dei legamenti, dalla anchilosi ossea o fibrosa delle articolazioni.

Strettamente connesso con il piede piatto è per lo più l'alluce valgo, la cui patogenesi viene attribuita allora alla contropressione del suolo sull'avampiede abdotto per cui il primo dito viene sospinto in abduzione: la deformità è poi aggravata dalla alterata azione dei muscoli (grande importanza avrebbe l'atrofia da distensione dell'abduttore) e da scarpe inadatte.

Anche la così detta metatarsalgia è da mettersi in rapporto con il sovraccarico di un piede valgo: il crollo della vòlta anteriore trasversale si determinerebbe attraverso un'iperestensione dorsale del primo e del quinto metatarso.

Nella cura di queste deformità naturalmente è necessario tener conto della deformità primitiva.

La profilassi del piede piatto ha una grande importanza. I piccoli bambini debbono essere lasciati trascinarsi sui quattro arti finchè ciò loro aggrada e ogni sforzo deve essere evitato all'inizio della deambulazione. Così non si deve lasciar camminare il bimbo che non ne ha voglia. Utile è lasciar camminare i bambini senza scarpe: queste in ogni caso non dovranno essere strette, nè a punta, con tacco largo e basso. Importante la cura delle eventuali deformità rachitiche degli arti inferiori: il varismo dei ginocchi e delle gambe insieme con l'intratorsione delle tibie sono a questo riguardo specialmente da temersi. Specie nei bambini più grandicelli si dovrà combattere l'abitudine di camminare o di stare all'impiedi con le gambe in rotazione esterna. L'uso di scarpe ben congruenti, piuttosto solide, di giusta ampiezza, per modo che le dita siano liberamente mobili, con tacchi non alti e costruite su modelli che abbiano il retropiede in lieve supinazione è da consigliare in ogni caso.

La cura del piede piatto richiede una retta individualizzazione del caso: concetto generale è però quello di ricondurre il piede a un atteggiamento corretto, di mantenervelo a mezzo di tutori e far sì che il carico eserciti a lungo la sua azione correttiva.

Nei fanciulli e negli adolescenti, finchè sia assente ogni accenno di contrattura, si dovrà cominciare con la ginnastica attiva, unita eventualmente al massaggio; gli esercizi consisteranno precipuamente in movimenti di supinazione. (Uno schema assai seguito è il seguente: piedi con le dita rivolte medialmente: 1) sollevarsi sulla punta delle dita; 2) come sopra e flettere le ginocchia; 3) supinare i piedi gravando sul margine esterno). Persistendo una certa tendenza al valgismo si potrà consigliare di rialzare leggermente le suole e il tacco della scarpa sul lato interno. Di rado si sarà costretti a ricorrere a suolette. Solo forme gravi con mobilità completamente conservata richiedono l'applicazione di bendaggi gessati in ipercorrezione. I risultati sono per lo più buoni.

Nei giovani e negli adulti finchè il piede è completamente mobile i provvedimenti curativi son simili a quelli or ora menzionati. Grande importanza ha presso questo genere di pazienti la suoletta da piede piatto: spesso il malato se ne fornisce di propria iniziativa da un profano venditore di oggetti così detti ortopedici (che vanno dal cinto erniario ai più disparati articoli di gomma). Non è questo il luogo per una discussione esauriente sull'argomento: pochi concetti generali potranno bastare. Delle scarpe costruite con sani princìpi, ben adatte, che offrano nella suola un certo sostegno alla volta, rendono per lo più inutile l'uso di suolette. Lo scopo di queste è appunto di sostenere la volta e di mantenere il piede in leggera supinazione senza limitarne i movimenti. È necessario perchè possano esercitare realmente una tale azione, che si adattino realmente al piede — che siano cioè costruite per il piede per cui sono destinate — che sorreggano tutta la pianta eccezion fatta per la parte che è al davanti delle articolazioni metatarso-falangee, che posseggano una sufficente rigidità: suolette cedevoli o elastiche sono spesso la causa di gravi deformità. Per quel che riguarda la forma, la suoletta deve essere provvista di margini sollevati sul lato mediale ed esterno del piede.

Nel piede piatto contratto è necessario combattere anzitutto lo spasmo e mobilizzare le rigidità articolari mediante il raddrizzamento forzato, qualche volta semplicemente manuale, per lo più strumentale, in narcosi. Dopo di che si applicherà un bendaggio gessato in estrema supinazione e adduzione da rimuovere dopo due, sei, fino otto mesi: in seguito si inizierà la rieducazione funzionale e appena sarà possibile riprendere il cammino si dovranno fornire scarpe e suolette adatte. Per lungo tempo si useranno tutori gessati che mantengano il piede in posizione ipercorretta durante la notte.

I risultati che si hanno in pazienti adulti sono talvolta buoni, talvolta mediocri.

Nei piedi piatti in pazienti di età più avanzata con limitazione della motilità, raramente si potrà ottenere qualche risultato dal modellamento.

Là dove esistono anchilosi ossee evidentemente si riuscirà a dare al piede una forma prossima a quella normale mediante la resezione cuneiforme, che però sarà difficilmente accettata dal paziente libero da ogni sofferenza.

Interventi cruenti in genere però vengono usati solo raramente nella cura del piede piatto statico, sebbene ne sia stato proposto un buon numero. È che hanno il difetto principale di limitare la correzione a una parte delle deformità. Certo, un trapianto tendineo giudiziosamente scelto e tecnicamente ben eseguito potrebbe contribuire notevolmente a mantenere una correzione, ma proprio nei casi in cui l'operazione sarebbe maggiormente indicata (in generale soggetti giovani e validi) si ottengono buoni risultati con altri mezzi meno aggressivi.

Accanto alle cure locali non si dovranno perdere di vista le condizioni generali del paziente: in particolare in ogni caso in cui occorra si dovrà combattere ogni eccessivo aumento di peso del corpo.

APPUNTI BIBLIOGRAFICI.

ANNOVAZZI G. *Osservazioni statistiche sul piede piatto.* Arch. di Ortopedia, 1924, n. 1.

CRAMER K. *Der Plattfuss* (*Deutsche Orthopädie*). Stuttgart, 1925.

DORFLLO P. *Il Piede.* Rassegna Sociale, dic. 1918.

HOHMANN G. *Fuss und Bein.* München, 1923.

MATHEIS H. *Versuch einer praktischen Systematik der Fussverbildungen.* Zeitschr. f. Orth. Chir., XLVII Bd., 1926, n. 2.

MOMMSEN F. *Die unblutige Korrektur schwerer Plattfüsse.* Ibid., XLVIII Bd., 1926, n. 3.

SCHMIDT. *Zur Statik und Mechanik des Fusses in Hinsicht auf die Plattfussgenese.* Ibid., XLVI Bd., 1925, n. 4.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. MARIA NUOVA IN REGGIO EMILIA
DIVISIONE ORTOPEDICA
diretta dal Prof. LUIGI GAZZOTTI

Contributo al trattamento cruento nel distacco della epitroclea.

Dott. GINO IOTTI, assistente.

Nel periodo di circa un anno sono occorsi alla mia osservazione quattro distacchi tramumatici della epitroclea, dei quali tre nella Divisione ortopedica dell'Ospedale, ed uno nell'Istituto Ortopedico di Reggio Emilia. Tre erano distacchi puri nello stretto senso della parola: nel quarto al blocco epitrocleare aderiva un piccolo frammento marginale di spongiosa metafisaria. La lesione in un caso era isolata, negli altri tre era associata ad altre e cioè: in due a frattura incompleta sovracondiloidea e nell'ultimo sublussazione del gomito con stiramento del nervo ulnare: ipoestesia e paralisi di moto nel dominio di detto nervo. I pazienti furono sottoposti sistematicamente ad intervento cruento diretto a compiere la fissazione mediante osteosintesi della epitroclea, distaccata ed al trattamento delle lesioni eventuali concomitanti.

CASO I. — G. N., anni 14, scolaro, da R. E.

Nel gioco è caduto a terra ed ha riportato un trauma al gomito destro.

Esame obbiettivo: Soggetto a sviluppo somatico regolare e con anamnesi remota e gentilizio privi di fatti notevoli.

Il gomito destro è tumefatto, e cosparso di chiazze echimotiche sulla regione laterale interna. La pressione sulla regione epitrocleare è dolorosa. Con la palpazione si rileva l'alterato rapporto della epitroclea. Il movimento di flessione è doloroso, ma si compie entro limiti assai estesi. L'estensione completa dell'avambraccio e la supinazione sono pure dolorose. Non disturbi d'innervazione.

Il reperto radiologico dimostra che la epitroclea distaccata è spostata in basso ed in dentro. Il suo asse maggiore è ruotato di 45° in maniera che il polo superiore guarda decisamente all'esterno cioè verso l'omero. Non si notano alterati rapporti articolari, ne lesioni di continuità nel rimanente scheletro del gomito (fig. I).

Intervento (30-3-1926). Operatore prof. Luigi Gazzotti.

Etere narcosi regolare, fascia ischemica, Grossich.

Incisione sul lato interno del gomito con la quale si mettono allo scoperto l'epitroclea staccata ed il nervo ulnare che è integro ed ancora aderente all'omero. Si pratica un foro diretto in senso antero posteriore attraverso la metafisi omerale, immediatamente al disopra della sede d'impianto della epitroclea. Si passano attraverso detto foro due fili in grosso catgout n.3 che, alla loro volta si fanno passare attraverso l'aponeurosi

dei muscoli d'inserzione della apofisi epitrocleare: profondamente in vicinanza della apofisi staccata. Si porta l'avambraccio in flessione ad angolo retto e forte pronazione. Si stringe il laccio di catgout fissatore, aiutando con la coattazione la risalita in posto della epitroclea.

Emostasi e piani di sutura in catgout.

Apparecchio gessato fissante l'avambraccio in flessione a 90° ed in pronazione. Dopo venticinque giorni essendo stato il decorso post operatorio regolare, si toglie l'apparecchio: guarigione per prima intenzione della ferita chirurgica.

Cure fisiche consistenti in masso, termo, kinesiterapia attiva e passiva. Dopo venti giorni di tale trattamento il paziente viene dimesso con funzione articolare completa.

è completa. Esiste inoltre, possibilità di movimenti laterali specialmente ampi verso l'esterno. Anestesia nel territorio del nervo ulnare e paralisi di moto.

La radiografia dimostra: distacco della epitroclea sinistra, e lussazione incompleta posteriore ed esterna delle ossa dell'avambraccio (fig. II).

Intervento (30-3-1926). Operatore prof. Luigi Gazzotti.

Etere narcosi regolare, fascia ischemica, Grossich.

Incisione laterale interna. Si riscontra che le ossa dell'avambraccio sono spostate verso l'esterno. L'epitroclea è distaccata e tirata in basso fino al disotto del livello della troclea, dal legamento laterale interno, ed incuneata fra l'ulna e

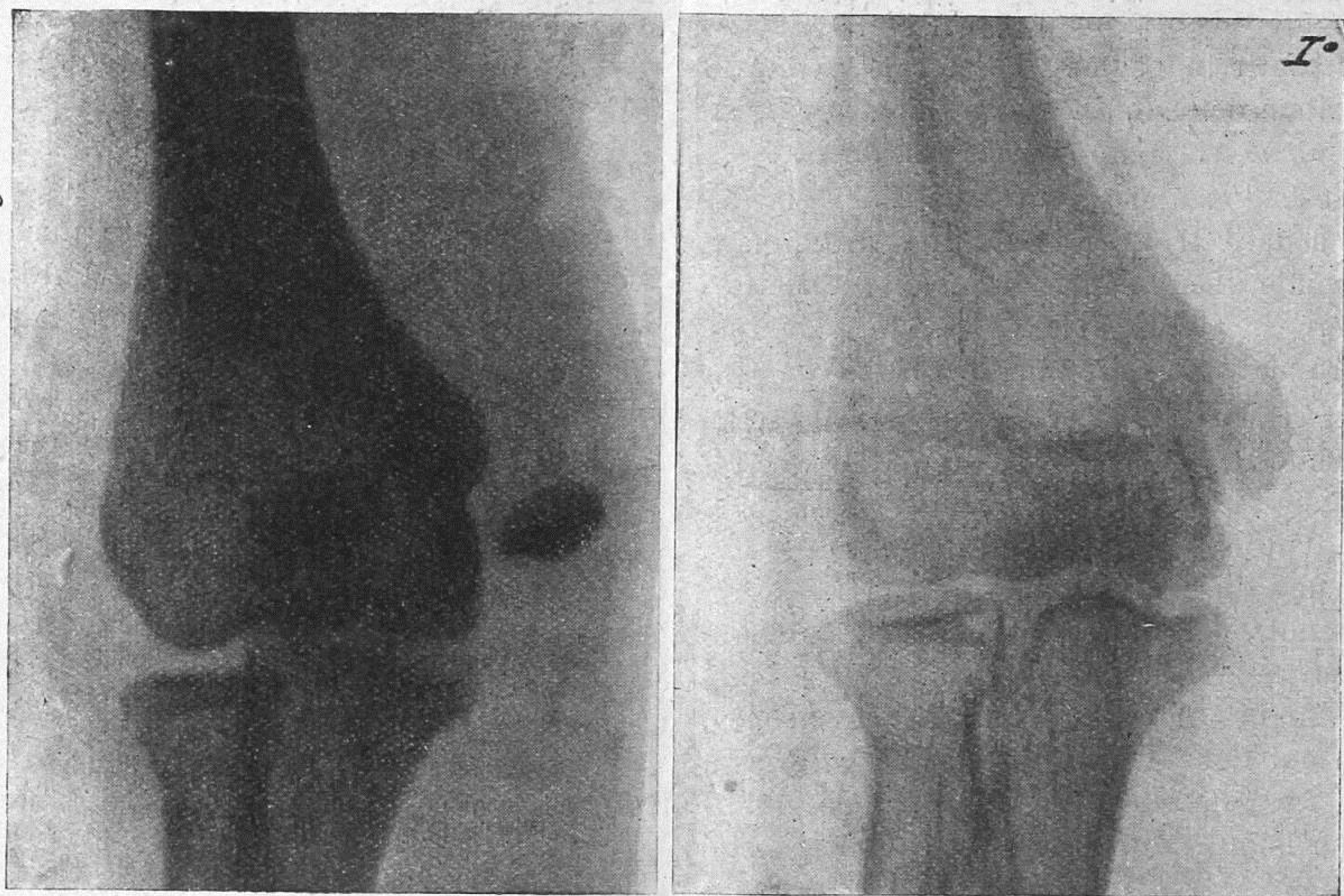


Fig. I.

(17-12-1926) Dietro invito si ripresenta. Obbiettivamente: flesso estensione prosupinazione completa. L'avambraccio è in buona linea rispetto al braccio.

Il reperto radiologico dimostra che la epitroclea è fissata in sede anatomica. Il valgismo del gomito non oltrepassa il fisiologico.

CASO II. — D. G., anni 16 da R. E.

È caduto dalla bicicletta ed ha riportato un trauma al gomito sinistro.

Esame obbiettivo: Soggetto a sviluppo somatico regolare. Non fatti degni di nota nella anamnesi remota e nel gentilizio.

La regione del gomito sinistro è assai tumefatta, con vasta suggellazione emorragica sul lato interno. L'avambraccio è flesso ad angolo ottuso in semipronazione. L'asse brachiale cade al davanti della cavità sigmoidea, essendo l'olecrano spostato all'indietro. Vi è inoltre notevole valgismo del gomito. La pressione sulla regione epitrocleare è dolorosa. La flesso estensione è possibile entro il limite di 50°. La prosupinazione

l'omero. Il nervo ulnare è fortemente teso. Lo si isola e si riscontra che è integro nella continuità: la sua guaina è infiltrata di sangue. Rimesso in sede il nervo, e trapanata la epitrocleare e l'omero in senso orizzontale antero posteriore, si fissa questa in sede con grosso catgout. Si aggiungono punti periostio aponeurotici di rinforzo.

Sutura in catgout, medicatura sterile, apparecchio gessato in posizione flessa e fortemente pronata dell'avambraccio.

(31-3-1926) Decorso post operatorio regolare. La sensibilità nel territorio dell'ulnare è già presente. Nei giorni seguenti si nota il progressivo ritorno alla normalità.

(26-4-1926) Si toglie l'apparecchio gessato. Guarigione per prima intenzione della ferita chirurgica. Non valgismo patologico del gomito. Assenza completa di turbe nervose. Termo, masso, kinesiterapia.

Dopo venti giorni il paziente viene dimesso con buona articolarità del gomito operato.

(17-9-1926) Dietro invito si ripresenta. Obbietti-

vamente si riscontra che la flesso estensione e la prosupinazione sono complete.

Il reperto radiologico dimostra che la epitroclea è consolidata in posizione anatomica.

Il gomito destro è tumefatto, con tegumenti integri, flesso ad angolo retto ed avambraccio in semipronazione. L'esame laterale non fà apprezzare disassamento dell'arto; mentre l'esame an-



Fig. II.



Fig. III.

CASO III. — G. G., anni 12, da R. E. (Istituto Ortopedico).

Cadendo da un carro ha riportato un trauma al gomito destro.

Esame obiettivo: Soggetto a sviluppo somatico regolare. Nulla degno di nota nella anamnesi remota e nel gentilizio.

tero posteriore fa rilevare che l'avambraccio è in modico valgismo sul braccio. La palpazione risveglia vivo dolore sulla sede epitrocleare. La mobilità ridotta nelle escursioni estreme flesso estensorie. La prosupinazione rimane libera. Non disturbi a carico della innervazione.

La radiografia dimostra che l'epitroclea è distac-

cata e spostata all'interno ed in basso, ruotata in modo che il suo polo superiore è rivolto verso l'interno. Inoltre: frattura incompleta sovracondiloidea (lesione della corticale posteriore con diminuzione dell'angolo diafiso epifisario) (fig. III)

Intervento (2-9-1926). Operatore prof. Luigi Gazzotti.

Etere narcosi regolare, fascia ischemica, Grossich.

Incisione longitudinale sul margine interno del gomito per 8 cm. Liberato il focolaio di distacco dai coaguli cruoro fibrinosi già formatisi, si porta l'epitroclea in sede mediante uncino, aiutando la manovra con la flessione e la pronazione dell'avambraccio. Sulla base d'impianto della epitroclea crea un foro antero posteriore con la punta del trapano, e vi si passa un grosso filo di catgout. Lo stesso filo con un punto transaponeurotico abbraccia l'epitroclea e la mantiene fissata con doppio nodo alla sua sede.

Emostasi, sutura in catgout medicazione sterile, apparecchio gessato ad avambraccio flesso e pronato.

(29-9-1926). Il decorso post operatorio è stato regolare. Si toglie l'apparecchio gessato. Guarigione per prima intenzione della cicatrice chirurgica. Masso, termo, kinesiterapia.

(8-11-1926) Articolarità fra i 140° e 45°, prosupinazione completa. I punti di ritrovo del gomito sono in rapporti normali. Non dolore. Assenza di valgismo patologico nella regione.

Il reperto radiologico dimostra che la epitroclea è fissata a metà della altezza nella sede anatomica.

CASO IV. — P. R., anni 13, da R. E.

In una caduta dalla bicicletta ha riportato un trauma al gomito sinistro.

Esame obbiettivo: Il gomito è tumefatto, deviato in valgo, con l'avambraccio intraruotato rispetto al piano del braccio. L'esame laterale dimostra che l'asse omerale cade al di dietro della troclea. Il gomito è in posizione flessa ad angolo retto. Dolorosa la pressione sulla regione laterale interna. Escursione articolare di 30°; prosupinazione libera. Non disturbi nervosi regionali.

Il reperto radiologico dimostra il distacco della epitroclea ed inoltre una frattura sovracondiloindea incompleta (fig. IV).

Intervento (18-2-1927). Operatore prof. Luigi Gazzotti.

Etere narcosi regolare, fascia ischemica, Grossich.

Incisione laterale interna per 8 cm., che scopre l'epitroclea. Questa è discesa in basso ed in avanti. Si nota che le superfici di distacco sono costituite da cartilagine di coniugazione. Nella parte posteriore della zona d'impianto della epitroclea esiste un piccolo frammento di spongiosa omerale. Prima di fissare la epitroclea in sede si porta nella articolazione una leva con la quale, il blocco metafisio epifisario spostato anteriormente in seguito alla frattura, viene rimesso all'angolo fisiologico.



Fig. IV.

Sutura tripla transossea della epitroclea all'omero con catgout n. 3.

Emostasi, sutura in catgout, medicatura sterile. Apparecchio gessato fissante l'avambraccio flesso a 50° e fortemente pronato.

(19-2-1926). Decorso post operatorio regolare. Il paziente è dimesso in quinta giornata.

(16-3-1927) Rientra. Si toglie l'apparecchio; guarigione per prima intenzione della ferita chirurgica. Obbiettivamente si nota che il gomito flesso è mobile fra i 40° e 100°. Oltre questo limite vi è ostacolo di origine muscolare.

L'avambraccio è mantenuto pronato ed è mobile solo fino ad una media supinazione.

Masso, termo, kinesiterapia.

(26-4-1927) Si dimette la flessione la supinazione e la pronazione sono complete. Per ostacolo di origine muscolare la estensione è limitata ancora negli ultimi gradi.

Il reperto radiologico dimostra che l'eritroclea è fissata in sede anatomica. L'apparente valgismo che risulta nella radiografia dipende dalla proiezione delle ossa dell'avambraccio sullo schermo sensibile: essendo queste ancora mantenute un poco flesse.

Dall'esame dei casi sovra esposti risulta che l'intervento per via cruenta è stato in tutti opportuno, e l'esito buono sia dal punto di vista ortomorfico sia da quello del ricupero funzionale. La letteratura sul trattamento cruento del distacco epitrocleare è molto scarsa; mentre risulta poi che gli autori i quali hanno scritto intorno a questa lesione lamentano concordemente il valgismo del gomito in seguito al comune trattamento incruento. Ora è da tener presente che il mantenere nel suo asse fisiologico il gioco articolare se rappresenta in genere cosa utile anche per prevenire a distanza eventuali disturbi artritici, lo è in sommo grado nella articolazione del gomito che stà fra le più complesse del nostro organismo, per la struttura e la varietà dei movimenti dei quali è sede. L'assenza della deformità in valgo patologico è da escludere in tutti i quattro pazienti. Inoltre il precoce e completo ricupero funzionale dei gomiti operati non solo giustifica, ma rende consigliabile il trattamento cruento: intesi sempre quando si disponga di ambiente adatto e tecnica perfetta; e quando condizioni locali e generali non costituiscano controindicazioni.

Maggio, 1927.

Lussazione posteriore completa traumatica della testa del radio sinistro.

Dott. ALDO AVONI

Libero Docente di Patologia chirurgica nella R. Università di Bologna, Chirurgo comprimario degli Ospedali.

Il 29 settembre 1925, quando io dirigevo internalmente la seconda Sezione Chirurgica dell'Ospedale Maggiore di Bologna, si presentò un giovanetto di 12 anni da S. Pietro in Casale, che poco prima, nel cadere, aveva portato istintivamente in avanti la mano sinistra. Questa battè fortemente al suolo e il paziente avvertì vivo dolore al gomito dello stesso lato, accorgendosi tosto di non poter fare alcun movimento. L'avambraccio sinistro era sostenuto dalla mano destra in pronazione e flessione, dalla quale attitudine egli non poteva toglierlo volontariamente; l'articolazione del gomito era un po' tumida. Eseguendo il palpamento si avvertiva, evidentissimo, posteriormente e dietro il condilo omerale esterno, un corpo duro che si spostava fra le dita nei movimenti di supinazione e pronazione impressi all'avambraccio. Esternamente al condilo omerale si sentiva una lieve depressione, una specie di vuoto ben descritta dagli Autori. Non si volle insistere ulteriormente nell'esame per i forti dolori arrecati all'infermo che, nel sospetto di *lussazione posteriore traumatica isolata del radio sinistro* fu inviato al gabinetto dei raggi X per il necessario controllo diagnostico. Avuta la conferma dei radiologi, mi accinsi tosto alle manovre di riduzione seguendo rigorosamente i precetti del Boyer; ma con mia sorpresa la riduzione non avveniva: si percepiva che il capo radiale si spostava in avanti come per rientrare, ma non appena lasciato l'arto a sè stesso, la lussazione si riproduceva, senza dubbio per le lesioni anatomiche avvenute a carico dei legamenti e per scivolamento della testa radiale sul condilo omerale. Narcotizzai allora l'infermo con etere e sotto il controllo radiologico ripetei le manovre, questa volta fruttuose, e poi, a riduzione avvenuta e ad ammalato sempre in narcosi, applicai un leggero apparecchio gessato immobilizzante tale che mantenesse il gomito quasi completamente esteso.

In capo a 12 giorni tolsi l'apparecchio e accertatomi, anche per mezzzo dei raggi, che la testa radiale si manteneva ridotta, feci iniziare movimenti attivi e passivi che in breve ridonarono all'arto la primitiva perfetta funzionalità.

*
* *

Malgaigne fino dal 1855, a proposito delle lussazioni del gomito, scriveva che le lussazioni del radio sono molto rare rispetto a quelle dell'omero e del gomito stesso. Su 491 lussazioni dell'Hôtel Dieu solo 4 erano del radio, e all'Ospedale di St. Louis ne furono osservate 3 su 114. Fra le lussazioni traumatiche del radio (di cui egli propone questa classificazione che tutti i patologi hanno seguito fino ad oggi) le posteriori sarebbero addirittura eccezionali.

Classificazione di Malgaigne:

1) Lussazioni anteriori: incomplete (le più frequenti); complete.

2) Lussazioni posteriori: incomplete; complete.

3) Lussazioni infuori: complete o incomplete, dirette od oblique (le più rare di tutte).

E che così sia in realtà lo prova l'esame della letteratura.

Rouger in una sua memoria (1786) ne cita un primo esempio; seguono poi i casi di Boyer, D'Olivera, Langenbeck, Donyau, Stacquez, Malgaigne, Loreta, Martin, ed a grande distanza di tempo quelli di Amburger (1902) (probabilmente lussazione congenita e ridotta cruentemente, in cui la porzione superiore del radio incrociava quella del cubito e il capitello si era messo con la sua superficie articolare lateralmente all'ulna, mantenendo l'avambraccio in pronazione esagerata), di Mathes (quasi certamente lussazione patologica da suppurazione dell'articolazione del gomito).

Anche i trattatisti moderni non aggiungono alcun caso e se la cavano con poche righe limitandosi a ribadire il concetto della straordinaria rarità di questa lesione. Per conto mio, credo che qualche caso sia capitato nei grandi centri ospitalieri ma che nessuno abbia avuto interesse a pubblicarlo.

Meccanismo di produzione. — Tutti gli osservatori sono concordi nell'ammettere che lo spostamento del radio avvenga per caduta sul palmo della mano portato in avanti istintivamente con l'avambraccio in pronazione più o meno accentuata e in lieve flessione; oppure per violenza diretta sul gomito che percuota il suolo (eccezionale). Secondo Streubel, si produrrebbe in modo del tutto analogo alle lussazioni posteriori comuni e sarebbe poi frequente in modo particolare nella fanciullezza (5-14 anni) per un minor grado di resistenza e maggior grado di elasticità dei legamenti e per un minor grado della ampiezza della cavità sigmoide; per cui il legamento anulare più lungo sarebbe più facilmente disteso e lacerato (Scalzi): non mancano però osservazioni in lattanti (18 mesi) e persino in neonati. I maschi darebbero un contributo maggiore delle femmine.

Anatomia patologica. — Ricordi anatomici. Sappiamo dalla anatomia che il radio termina in alto con una porzione voluminosa, testa arrotondata, incavata nella superficie superiore con cui si articola al condilo omerale, mentre la superficie laterale si adatta alla piccola cavità sigmoide dell'ulna; sotto la testa c'è una porzione più ristretta o collo del radio. Essa testa solo posteriormente è sottocutanea, rimanendo per il resto nascosta da robuste masse muscolari. Al gomito l'estremità superiore del radio e dell'ulna e l'estremità inferiore dell'omero formano l'articolazione del gomito propriamente detta oltre la quale c'è l'articolazione radio-ulnare superiore. Infatti, il radio è unito al cubito per mezzo del legamento anulare od orbicolare che circonda il capitello inserendosi coi suoi due estremi alla piccola cavità sigmoide dell'ulna; il margine superiore di questo legamento anulare si continua in avanti col legamento anteriore, indietro col legamento posteriore e lateralmente col legamento esterno; si confonde cioè coi fasci di rinforzo del manicotto capsulare, e poichè il legamento anteriore e posteriore, funzionalmente, sono legamenti capsulari, ne viene di conseguenza che il radio è mantenuto a posto, in definitiva, per azione del legamento esterno che scende verso il basso biforcandosi ad Y per confondersi col legamento anulare: e siccome da altra parte queste fibre non si inseriscono quasi affatto sul radio, ma si attaccano all'ulna, si comprende come questa porzione articolare risulti più debole delle altre (Davis).

In questa lussazione la testa del radio abbandona i suoi rapporti fisiologici con l'estremità inferiore dell'omero (condilo), venendosi a mettere posteriormente; abbandona pure la piccola cavità sigmoide dell'ulna talora in modo incompleto. Questo fatto porta quasi sempre alla lacerazione completa del legamento anulare e del legamento laterale esterno. Contemporaneamente a queste lesioni si sarebbe osservato, nei casi di vecchia data, atrofia dell'estremità superiore del radio, saldamento del radio e dell'ulna nella loro parte superiore, ipertrofia dell'estremo superiore del cubito, come pure la scomparsa di questa estremità (Follin, Duplay, Dénucé, Wallen).

Sintomi. — Nella caduta l'infermo avverte (in questo tutte le osservazioni concordano) un dolore vivo, preceduto per lo più da un rumore speciale di crepitio, mentre si accorge dell'impossibilità di muovere l'avambraccio volontariamente.

All'esame obbiettivo si cerca di mettere in evidenza alcuni gruppi di sintomi presenti totalmente o parzialmente in ogni lussazione; sintomi obbiettivi che sono:

a) Deformità nei contorni dell'articolazione, per cui il gomito si presenta assai tumefatto con scomparsa quasi completa delle sporgenze e depressioni caratteristiche. In qualche caso, nonostante il turgore, la testa del radio spostato può sporgere indietro, tendendo persino la pelle (Boyer) e il condilo omerale esterno può rendersi più manifesto. Al palpamento si avverte in avanti una sporgenza data dal tendine del bicipite ed in fuori di questa una specie di vuoto lasciato dal radio al disotto del condilo omerale. Il capo del radio sporge sensibilmente nella regione posteriore del gomito e lo si sente ruotare tra le dita coi movimenti di pronazione e di supinazione comunicanti all'avambraccio e può toccarsi

tutta la sua superficie articolare incavata, infossando la pelle col dito (Loreta).

b) Atteggiamento particolare dell'arto. — Immediatamente dopo il trauma l'arto è immobile con l'avambraccio sostenuto semiflesso dall'altra mano in pronazione assai marcata (mano compresa).

c) Alterata direzione dell'asse dell'arto. — Non si hanno variazioni apprezzabili, a differenza di altre lussazioni, perchè la eliminazione del radio dal gioco articolare, appunto per la costituzione dell'articolazione omero-radiale, non influisce affatto sui rapporti normali tra braccio e avambraccio (valgismo normale dell'arto superiore). D'altra parte, l'atteggiamento particolare dell'avambraccio (flessione) venendo a modificare questo valgismo rende nulli i valori che si ottenessero dalla misurazione.

d) Alterazione nella lunghezza dell'arto. — L'avambraccio dell'arto colpito non è accorciato (in confronto con quello sano), perchè il cubito è rimasto in posto. Il margine esterno o radiale, invece, risulta un po' più corto, come dimostra la distanza diminuita fra epicondilo e apofisi stiloide del radio. L'anatomia patologica mostra infatti che la testa radiale, spostandosi, si porta non solo indietro, ma anche un po' in alto.

e) Fissazione di alcuni movimenti. — In questa varietà non c'è una vera e propria fissazione di movimenti (comunicati). Tuttavia gli osservatori hanno incontrato una certa difficoltà alla supinazione ed alla flessione (Malgaigne, Loreta, Follin, Duplay, ecc.), difficoltà dovuta ai nuovi e anomali rapporti contratti fra testa radiale e omero ed anche fra testa radiale e olecrano (D'Olivera), i quali si oppongono a questi movimenti.

Diagnosi. — La diagnosi va fatta in base alla sintomatologia schematicamente ricordata, e soprattutto in base al reperto obbiettivo, ben evidente, della testa radiale dietro il condilo dell'omero e a lato dell'olecrano, ed alla sua mancanza nella sede normale (depressione).

Diagnosi differenziale. — Le contusioni, le distorsioni, le fratture sono facilmente differenziabili da questa lussazione, nonostante il turgore più o meno diffuso che può rendere poco chiara la sintomatologia obbiettiva. Oggi poi col sussidio dell'esame radiologico ogni dubbio può essere tolto. L'indagine radiologica, infatti, che ha facilitato in ogni campo il giudizio diagnostico e rende servizi inestimabili in quello delle lussazioni e delle fratture, per ragioni ovvie, non era conosciuta dalle generazioni che ci hanno preceduto nello studio della medicina e della chirurgia; il che spiega lo sforzo fatto un tempo per giungere a una diagnosi esatta per mezzo del raziocinio e dell'uso dei sensi anche in queste lesioni.

Cura e prognosi. — Tutti consigliano il metodo classico del Boyer seguito anche dal Loreta.

La riduzione infatti si ottiene colla pressione diretta sul capo del radio unita all'estensione semplice e alla supinazione dell'avambraccio.

Se facile riesce la riduzione di questa lussazione, altrettanto facile non riesce la contenzione, per cui gli autori hanno tutti emesso in questi casi un prognostico riservato. Già dal Boyer fu consigliata con successo l'applicazione di una stecca di legno lungo il margine posteriore del radio. Anche Donyau, come riferisce Malgaigne, ha dovuto lottare contro recidive verificatesi con straordinaria facilità, soprattutto nella flessione dell'avambraccio sul braccio, e fu costretto a mantenere l'arto per parecchi giorni nella massima estensione esercitando contemporaneamente una certa pressione sulla testa del radio (l'apparecchio rimase in posto 20-25 giorni). Anche Martin, esponendo un caso personale e raccogliendone altri dalla letteratura, accenna pure a questa difficoltà nel mantenere ridotta la lussazione. La prognosi poi sarebbe aggravata, in casi di non avvenuta riduzione, da aderenze contratte dal radio nei suoi rapporti nuovi con l'estremità inferiore dell'omero e da inevitabili alterazioni dei muscoli che presiedono alla mobilità dell'osso (Loreta, Allen).

Tuttavia, è stato obbiettato che pure a riduzione mancata, col tempo l'esercizio e l'uso dell'arto possono ridonare movimenti abbastanza estesi; così M.me D'Olivera, affetta da lussazione inveterata, vecchissima d'anni, aveva perduto quasi del tutto solo i movimenti di supinazione, e in altri casi si son viste abolite completamente la supinazione e l'estensione, pur consentendo un uso abbastanza soddisfacente dell'arto.

BIBLIOGRAFIA.

ALLEN. *On the anatomical changes induced to the elbow by luxation backwards of the head of the radius in early life.* The Glasgow med. Journ., 1880, vol., XIV, n. 7.

AMBERGER. *Ein Fall von Luxation des Radius nach innen hinten.* Beitr. zur klin. Chir., Bd. XXXIII, H. 3.

BOYER. In MALGAIGNE.

DAVIS. *Anatomia applicata.* Soc. Ed. Libraria, Milano, 1913.

DENUCÉ. In FOLLIN-DUPLAY.

D'OLIVERA. Thèse inaug., Paris, 1805.

DONYAU. Arch. gén. de médecine, 1841, t. X, pag. 393.

FOLLIN-DUPLAY. *Trattato elementare di patologia esterna,* vol. III, Napoli, L. Vallardi, 1880.

LANGENBECK. in MALGAIGNE.

LORETA. *Conferenze cliniche sulle lussazioni traumatiche.* 2ª ediz. Vallardi.
MALGAIGNE. *Traité des fractures et des luxations.* Paris, 1855, t. II.
MARTIN. *Uncomplicated bachwards dislocation of the heand of the radius.* Boston Med. and Surg. Journ., 1877, vol. II.
MATHES. *Ein Fall von Luxation des Radiusköpfchen nach hinten, ecc.* Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. XLVII, pag. 392.
ROUGER. In MALGAIGNE.
SCALZI. *Le lussazioni traumatiche.* Roma, Tipografia Editrice Industria e Lavoro, 1903.
STACQUEZ. Gaz. médicale, 1841, t. X, pag. 619.
STREUBEL. Präger Vierteljahrschrift, 1850, vol. II.

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA DI ROMA
Reparto chirurgico: Primario Prof. T. FERRETTI

Infrazioni multiple della superficie articolare della rotula

per il dott. BERNARDINO MASCI.

Le fratture della rotula sono state ben studiate sia per quanto riguarda il meccanismo di produzione sia dal punto di vista clinico e anatomopatologico: esse hanno fatto l'oggetto di un numero considerevole di lavori.

Si distinguono in fratture da cause dirette e fratture da cause indirette: se queste due cause si associano la frattura è detta mista. Le fratture spontanee non sono eccezionali alla rotula, specie nei tabetici, di cui è nota la speciale fragilità del tessuto osseo, ma, succedendo quasi sempre ad una contrazione muscolare, sia pure di debole intensità, rientrano, a nostro avviso, nel gruppo delle fratture da causa indiretta.

Anatomopatologicamente si distinguono: 1° fratture trasversali, 2° fratture verticali e 3° fratture stellate, comminutive. Queste fratture totali sono certamente le più frequenti e quindi le più interessanti dal punto di vista clinico: infatti quasi tutti i trattatisti si occupano esclusivamente di esse. È bene però tener presente che in una percentuale minima di casi la frattura può essere parziale, caratterizzata da strappamenti ossei limitati, che hanno sede ora alla base ora alla punta della rotula ora alle inserzioni legamentose. Rüdinger ha inoltre dimostrato l'importanza delle fratture limitate al rivestimento cartilagineo di quest'osso nella produzione di emartrosi che accompagnano i traumatismi limitati del ginocchio, e noi siamo in grado di dare un esempio di questa eccezionale lesione, rivelataci dall'esame radiografico. La storia è molto breve:

B. Emilio, di anni 32, manovale, senza precedenti anamnestici degni di nota, mentre era intento al lavoro, cade dall'altezza di più metri, battendo testa, torace e ginocchio destro.

All'ospedale si presenta con:
1) escoriazioni multiple di lieve entità alla testa ed al torace;
2) contusione escoriata al ginocchio destro con lieve versamento articolare.

La cute che riveste il ginocchio presenta un'ecchimosi in corrispondenza della rotula, dove si osserva anche una lieve escoriazione. Il ginocchio è lievemente tumefatto, non deformato, e con la palpazione si avverte senso di fluttuazione dell'articolazione e ballottamento della rotula. La pressione è modicamente dolorosa solo sulla rotula: questa però non presenta alcuna apprezzabile soluzione di continuità; è bene mobile sulla puleggia femorale. L'interlinea articolare ed i capi articolari del femore e della tibia sono completamente indolenti alla pressione. I movimenti articolari sono tutti possibili, ma un po'



ridotti e dolenti. La deambulazione è dolorosa ma possibile.

L'esame clinico generale dell'infermo non fa rilevare fatti di speciale importanza.

La radiografia laterale del ginocchio dimostra sui due terzi distali della superficie articolare della rotula un aspetto nettamente frastagliato, in rapporto con infrazioni multiple della corticale interna di quest'osso (figura 1).

Miglioramento rapido delle condizioni locali, tanto che dopo nove giorni di degenza nell'ospedale l'infermo chiede di essere dimesso.

Se ci fossimo limitati al semplice esame clinico, questo caso si sarebbe catalogato fra i più banali di contusione del ginocchio. L'infermo, cadendo, aveva battuto in corrispondenza del ginocchio: della contusione esistevano evidenti tracce all'esterno (escoriazione ed ecchimosi). La rotula non presentava soluzioni di continuo: non esistevano punti dolenti sui capi articolari del femore e della tibia: vi era solo modico versamento (siero-ematico alla puntura esplorativa)

endoarticolare. La funzione del ginocchio era poco compromessa.

Era mancato il meccanismo della distorsione, per attribuire a questa altri guasti oltre a quelli prodotti dalla contusione, oltre che non erano dolenti i legamenti articolari ed i relativi punti di inserzione sulle ossa nè esistevano abnormi movimenti di lateralità.

Dobbiamo esclusivamente all'esame radiografico se abbiamo potuto mettere in evidenza la lesione a carico della superficie articolare della rotula: d'altra parte il nostro giudizio diagnostico, fondato sul semplice reperto clinico, non poteva essere diversamente. Ammettere una concomitante infrazione della rotula anzichè una semplice contusione sarebbe equivalso a divinare non a diagnosticare. Fortunatamente oggi la radiografia è venuta a facilitare molto l'opera nostra, poichè, grazie al sussidio di essa, si può fare « l'autopsia dell'osso sul vivente » e svelare certe lesioni nascoste (fratture parcellari intra-articolari, rottura delle cartilagini di rivestimento, ecc.), che un tempo passavano completamente inosservate: fatto questo capitale, divulgato principalmente dalla scuola di Lione con le dotte ricerche del Destot, per cui il chirurgo esperto esita sempre prima di concludere per una contusione semplice. Tale differenziazione ha una grande importanza, non solo dal punto di vista clinico, ma sopratutto da quello prognostico. Nelle fratture il tempo necessario alla completa guarigione è necessariamente più lungo che nelle semplici conclusioni; inoltre, nel caso nostro, dai piccoli frammenti, provenienti dalla rottura della superficie articolare della rotula, possono derivare successivi corpi mobili articolari, con inerenti gravi conseguenze.

Il fatto di trovare la sola corticale interna come scoppiata, sotto l'azione dell'urto, si spiega con una maggiore fragilità di essa in rapporto con la speciale struttura anatomica. La rotula, come si sa, è costituita da una massa centrale di tessuto spugnoso, avvolta da uno stato di tessuto compatto, molto più spesso sulla faccia esterna che non sulla articolare; inoltre la corticale esterna è rinforzata e protetta da lamine fibrose dipendenti dal tendine del quadricipite e dall'aponeurosi femorale, mentre l'interna è rivestita dal semplice fragile strato cartilagineo. Si comprende, quindi, che se la violenza del trauma non è abbastanza intensa da fratturare completamente la rotula, per la resistenza speciale opposta dallo spesso strato corticale esterno rinsaldato dalle guaine aponeurotiche, può il trauma essere tale da determinare lo scoppio della sottile corticale articolare, schiacciata contro la puleggia femorale.

La localizzazione della lesione ai due terzi distali della rotula apporta ancora una conferma alla tesi di Estor, cioè che in una caduta sulle ginocchia il femore trasmette il peso del corpo alla rotula, ed è la rotula che sopporta l'urto e può fratturarsi contro l'ostacolo, qualunque sia il grado della flessione della gamba; e ciò contro la concezione di Chaput, il quale riteneva che nelle cadute con ginocchio flesso la rotula risalisse davanti ai condili femorali e l'ostacolo incontrasse la tuberosità anteriore della tibia.

SUNTI E RASSEGNE.

La diagnosi radiologica delle malattie articolari croniche.

(F. EISLER. *Med. Klin.*, n. 35, sett. 1927).

Le numerose questioni tuttora non risolte sull'etiologia e la patogenesi delle malattie articolari rendono difficile non solo una diagnosi clinica precisa, bensì anche una differenziazione netta radiologica delle singole forme morbose.

Infatti malattie svariate possono indurre alterazioni del tutto simili a carico delle articolazioni, mentre al contrario nelle stesse malattie possono riscontrarsi le alterazioni articolari più varie.

Lo studio di una radiografia articolare è perciò un poco simile allo studio di un taglio istologico: conviene cioè moltiplicare le osservazioni, ripetendo i radiogrammi di pari passo al modificarsi della sintomatologia.

Una classificazione, dal punto di vista radiologico, può essere la seguente:

1) *Artrite cronica essudativa infettiva*, nella quale appaiono tutti i segni della flogosi articolare acuta.

Nei casi in cui il periodo febbrile è cessato, non si nota in genere nessuna particolarità radiografica degna di nota.

Nei casi invece in cui la tumefazione recidiva facilmente, e non scompare del tutto, mentre appaiono raggrinzamenti della capsula, si possono osservare atrofie, restringimento dello spazio interarticolare e formazione di esostosi marginali, fino alla costituzione di anchilosi fibrose ed ossee. In questa categoria rientrano anche le forme d'origine gonorroica, e qualcuna d'origine tubercolare e luetica.

2) La *Poliartrite cronica primaria*, la quale colpisce per lo più le donne intorno al 40º anno di vita, decorrendo in genere senza febbre, dà un quadro radiologico più netto.

Si notano cioè fondamentalmente usure delle

cartilagini e dell'osso, le quali si approfondiscono talora stabilendo delle lacune più o meno vaste. Il grado di atrofia è in rapporto alla quantità di essudato, e quando questo si organizza si può mettere in rilievo l'ispessimento dei tessuti connettivali, il raggrinzamento della capsula, l'anchilosi articolare. La malattia può guarire, ma recidiva facilmente.

Kaufmann e Schmidt la chiamarono: artrite cronica ulcerosa, ma molti altri nomi le sono stati dati (reumatismo articolare cronico primitivo, artrite reumatoide, poliartrite cronica progressiva, ecc.).

Secondo Kienböck anche i nodi di Heberden rientrerebbero in tale categoria.

3) L'*Artrite deformante* (artrosi deformante), costituisce invece una forma del tutto contraria alla precedente, per l'etiologia, che qui invece di essere flogistica è traumatica. Le articolazioni sono ingrossate, poco dolenti, e in genere abbastanza bene mobili. Radiologicamente si osserva un restringimento dello spazio articolare, uno sfaccettamento delle superficie ossee, ispessimenti subcondrali, affossamenti e cisti. L'atrofia per lo più manca, come pure l'anchilosi. Caratteristica è poi la straordinaria proliferazione ossea.

Rientrano in questa forma l'osteocondrite giovanile dell'anca, e la malattia di Köhler, come pure, in un certo senso, le artropatie della tabe e della siringomielia.

4) L'*Artrite urica* cronica dà un quadro poco caratteristico all'inizio; ma in seguito, col depositarsi dei sali urici, si producono delle formazioni lacunari con delimitazione netta, e ispessimento dell'osso vicino. Tali lacune sono disposte irregolarmente sull'osso, e la loro grandezza è variabile.

5) A carico delle vertebre si possono avere due forme di artrite cronica:

a) *Spondilosi deformante*, di natura non flogistica. La lesione s'inizia dal menisco, il quale perde la propria elasticità, dimodochè il corpo vertebrale viene a sopportare direttamente i colpi. Nella radiografia risalta in prima linea il restringimento, per lo più asimmetrico, degli spazi intervertebrali; i corpi perdono la loro forma e struttura, divenendo più esili, mentre i bordi si ispessiscono per accrescimento del periostio e formazione di esostosi, le quali talora si prolungano anteriormente a guisa di ponti, che limitano i movimenti.

Tali alterazioni prediligono in genere alcune parti della colonna (vertebre dorsali inferiori e lombari) e possono spesso esser messe in rapporto a un trauma.

Speciale importanza hanno questi processi quando insorgono a carico della regione lombo-sacrale, ove l'apparato legamentoso subisce calcificazione diffusa;

b) Nella *Spondiloartrite anchilopoietica* si ritrovano in prima linea la cifosi e l'ossificazione dei legamenti, i quali occupano gli spazi intervertebrali in forma di sottili placche ossee; ma tali spazi, come pure i corpi delle vertebre, non appaiono impiccoliti.

L'ossificazione può estendersi ai legamenti spinali e costali e raggiungere anche i legamenti dell'ileo e del bacino.

Ai processi di ossificazione di una porzione della colonna possono poi unirsi processi di anchilosi nelle porzioni restanti.

Non è possibile differenziare in maniera netta le forme di Beckterew e Marie-Strümpell.

6) Modificazioni articolari secondarie a osteopatie trofico-discrasiche possono clinicamente dare l'impressione di un'artrite, e l'immagine radiologica svela delle lesioni ai capi articolari, che sono da considerarsi come conseguenze di processi di rammollimento delle ossa.

Tali malattie sono: la rachitide, l'osteomalacia, l'osteopsatirosi, la malattia di Paget, l'emofilia, i tumori, e per esse, come possono prodursi deformazioni articolari, così possono egualmente essere mentite addirittura delle vere affezioni articolari.

M. FABERI.

Sindromi paralitiche tardive in individui adulti affetti da spina bifida occulta.

(BUFALINI. *La Chir. degli Organi d. Movim.*, 1926, vol. XI, fasc. 2).

Si conosce oggi la frequente coincidenza della spina bifida occulta con svariatissime affezioni manifestantisi fin dalla nascita o nei primi anni di vita d'ordine ortopedico (piede torto congenito) o no (incontinenza d'urina). Si hanno poi osservazioni rare di manifestazioni paralitiche, localizzate prevalentemente agli arti inferiori, insorgenti in individui adulti, dopo un lungo periodo di benessere completo, da mettere in rapporto con una spina bifida per l'innanzi completamente asintomatica.

In uno dei 3 casi dell'A. (paz. di 22 anni) esisteva fino dall'infanzia una lieve paresi di un arto inferiore; questo si è improvvisamente e rapidamente aggravato con una paraparesi spastica; alla radiografia deiscenza degli archi delle prime tre lombari.

Pure nel secondo paziente all'età di 22 anni si sviluppò una paraparesi spastica accompagnata da incontinenza d'urina: alla radiografia, spina bifida a carico delle 3, 4, 5 dorsali.

Nel terzo paziente a 27 anni si era sviluppato

un piede condolante insieme con disturbi della minzione (schisi del sacro).

Quale la spiegazione di questi fatti? Una insufficienza funzionale del midollo già larvata può rendersi manifesta in relazione con l'inizio della vita di lavoro. Ma tale ipotesi non regge in tutti i casi; e allora si devono mettere in rapporto i disturbi o con fatti di compressione esercitata da un tumore sviluppatosi a livello della spina bifida o con uno stato di siringomielia.

Riguardo al trattamento l'intervento chirurgico trova la sua indicazione in quei casi in cui esiste una condizione meccanica (stiramenti da briglie, compressione da tumore) che possa essere rimossa. Praticamente è difficile stabilire se i disturbi dipendono da azioni meccaniche o da un'insufficienza midollare per malformazione congenita. A questo scopo un mezzo d'indagine di valore grande, sebbene non assoluto, l'abbiamo nell'esame radiologico, previa iniezione di lipiodol.

E. V.

Spondilolistesi.

(F. AIBEE, *Journal of Bone a. Joint Surg.*, n. 3, 1927).

Ritenuta un tempo assai rara e di puro interesse estetico quest'affezione ha richiamato in questi ultimi tempi l'interesse di molti studiosi specie per i suoi rapporti con traumi. Si sa in cosa essa consiste: si tratta della sublussazione in avanti del corpo di una delle due ultime vertebre lombari, per lo più la quinta, sublussazione a sua volta condizionata da un difetto congenito nell'ossificazione della vertebra e precisamente dall'assenza di unione uni- o bilaterale fra corpo e lamine (spondilolisi). Tuttavia tale separazione può essere anche acquisita (fratture, carie).

Fra le cause dirette dello sviluppo della deformità il trauma è sempre stato considerato in prima linea. Non è però necessario che esso sia di una certa gravità e violenza, Bowman e Roberts pensano che lievi traumi ripetuti o anche semplicemente il sollevare e il portare a lungo degli oggetti pesanti possano essere sufficenti e Arbuthnot Lane afferma che la deformità è relativamente frequente negli individui che si assoggettano a gravi lavori manuali. Nelle donne la gravidanza e il parto entrano in causa provocando una distensione dei legamenti. Talora non riesce di trovare alcuna causa apprezzabile e la malattia si è sviluppata subdolamente.

La deformità colpisce uomini e donne in numero approssimativamente uguale e si presenta specialmente in giovani adulti.

Sintomi. — L'atteggiamento è caratteristico nei casi più avanzati: il tronco è spostato in avanti e in basso rispetto al bacino; l'inclinazione di questo è diminuita, la lordosi lombare accentuata. Lo spazio fra coste e creste iliache è rimpiccolito. La lordosi con diminuita obliquità pelvica sarebbe appunto caratteristica. Ne deriva un'alterata statica nella colonna e negli arti inferiori e quivi una delle conseguenze più notevoli può essere il valgismo del piede. Il segmento lombare del rachide è costantemente rigido. I disturbi nervosi possono essere di natura e intensità diversissime: lievi sensazioni locali di debolezza o di fastidio, dolori irradiati lungo i nervi lombari o lo sciatico, in qualche caso perfino paralisi, generalmente transitorie.

Dal punto di vista della diagnosi differenziale possono venire discusse la lussazione congenita dell'anca (per l'andatura), il morbo di Pott lombare.

Per la diagnosi la radiografia ha la maggiore importanza: il corpo della vertebra lussata può semplicemente essere alquanto anteriorizzato rispetto alla superficie superiore del sacro oppure addirittura può essere scivolato al davanti del sacro, avendo ruotato di 90° attorno a un asse trasversale. In quest'ultimo caso la radiografia antero-posteriore dimostra l'ombra del corpo della vertebra come se fosse visto dall'alto, il raggio essendo perpendicolare alla sua faccia superiore. Ma nei casi non avanzati una radiografia laterale è necessaria per una diagnosi sicura.

Cura. — Riposo in letto, tutori ortopedici e corsetti gessati sono gli unici provvedimenti in nostro potere: possono diminuire i disturbi del paziente, non dare una guarigione. L'A. ha usato in 8 casi la fissazione cruenta del segmento leso mediante stecca d'osso autoplastico secondo la sua tecnica abituale e i risultati furono buoni senza eccezione.

Un consimile procedimento, ma con la tecnica di Hibbs, ha usato del resto J. C. Wilson in 4 casi (V. n. 2 dello stesso giornale).

E. V.

Osteiti vertebrali centro-somatiche e M. di Pott.

(CALVÉ e GALLAND, *Presse Méd.*, n. 91, 12 nov. 1927).

Gli AA. descrivono sotto questo nome degli aspetti radiologici non comuni di lesioni vertebrali tubercolari la cui esistenza fu già segnalata da uno di loro nel 1919. Essi distinguono: *A*) dei focolai tubercolari centro somatici senza morbo di Pott; e *B*) forme con morbo di Pott. Della prima serie riportano due casi: nel primo si tratta di una tubercolosi vertebrale centrosomatica multipla. Era un bimbo di 10 anni già curato per morbo di Pott lombare con ascessi che dopo tre anni presentò alla radiografia delle macchie chiare, nettamente disegnate nei bordi, arrotondite, e situate nel centro dei corpi vertebrali dorsali inferiori. Si trattava di focolai tubercolari

svolgentisi nel centro dei corpi vertebrali. Sebbene gli AA. seguissero da 3 anni il caso non si avvidero che tardivamente, essi dicono, di questa alterazione, sia perchè essa divenne visibile ai raggi solo tardi quando si manifestò la barriera di sclerosi, di condensazione calcarea perifocale, sia perchè essi solo tardi usarono nelle loro ricerche il Potter Bucky. Il secondo caso, non meno interessante, riguarda una tubercolosi vertebrale centrosomatica con ascesso. Era una giovane di 32 anni con ascesso paravertebrale dorso lombare. Non vi era rigidità. Il corpo della 12ª dorsale presentava una macchia centrale rotonda di rarefazione. Non vi era morbo di Pott nel senso genuino della parola. Il riposo in letto con doccia di immobilizzazione produsse la condensazione radiograficamente constatata del focolaio. Il menisco era e si mantenne sempre integro.

I casi della seconda serie hanno l'andamento clinico del m. di Pott. Gli AA. citano 4 casi: il primo di questi era dato da una osteite centrosomatica con invasione progressiva del disco (vero m. di Pott). Gli AA. hanno potuto seguire in varie radiografie una delle chiazze centrosomatiche vertebrali sopradescritte fino al suo progressivo diffondersi alla superficie del corpo vertebrale e fino al susseguente interessamento del menisco interosseo, e per i caratteri constatati affermano che la lesione centrosomatica si deve per molto tempo essere mantenuta tale prima di aversi interessamento del disco ossia prima di aversi vero e proprio m. di Pott. Nel seguente caso si ebbe osteite centrosomatica di due vertebre vicine con rapida invasione del disco intermedio.

In questo malato si notò clinicamente la comparsa quasi improvvisa di un gibbo. Radiograficamente la 12ª dorsale presenta una vasta caverna centrosomatica, aperta nel disco interosseo sopragiacente solo nella sua parte posteriore con un aspetto di *dente cavo*. La vertebra superiore è molto alterata ma sembra che essa sia stata colpita da osteite centrosomatica e che questa si sia poi aperta nel disco interosseo sottogiacente e poi schiacciata. Molto interessante è il 3° caso in cui si ebbe: osteite centrosomatica di due vertebre adiacenti, con inizio brusco di gibbosità pottica per improvviso schiacciamento. Il p. aveva da lungo tempo presentati segni di impregnazione bacillare senza localizzazione; poi ebbe una pleurite a cui residuò un dolore intercostale basso con irradiazione anteriore persistente. Furono ricercati più volte i segni clinici del mal di Pott senza che se ne rintracciasse alcuno.

Un giorno all'improvviso con dolori violentissimi comparve una forte gibbosità dorsale angolare a 150°.

La radiografia dimostrò lesioni vertebrali assai antiche. Le vertebre schiacciate hanno un aspetto a dente cariato come se il processo si fosse iniziato nel centro del corpo vertebrale. Ed è ciò che gli AA. ritengono. Un altro caso simile al precedente e per storia e per natura chiude la serie.

Gli AA. conchiudono osservando che queste lesioni a decorso subdolo rendono necessaria, nei pazienti che accusano dolori vertebrali anche senza altri segni di Pott, una accurata indagine radiografica specialmente di profilo per indagare lo stato della parte centrale del corpo vertebrale.

L. TONELLI.

Punti di vista ortopedici nella cura delle artriti croniche.

(R. OSGOOD, *Journ. of Bone a. Joint*, n. 1, 1926,

L'A. distingue due tipi d'a. cronica: l'a. reumatoide e la osteoartrite. Caratteri della prima sono: pazienti giovani o di media età; tumefazioni periarticolari, spesso versamento; limitazione precoce dei movimenti; condizioni generali cattive; dolore e impotenza funzionali accentuati; radiologicamente (nelle forme tardive) ossa trasparenti, regolari nel contorno, spazi interarticolari diminuiti, comune l'anchilosi ossea.

Caratteri dell'osteoartrite sono: pazienti d'età media o inoltrata; non tumefazioni periarticolari, rari versamenti; condizioni generali buone; alla radiografia: precocemente margini articolari aguzzi, sporgenti; più tardi estremità ossee irregolari, iperostosi marcata, sorci articolari, rara l'anchilosi ossea. Anatomicamente mentre nell'a. reumatoide si ha una precoce proliferazione della membrana sinoviale (panno), nell'osteoartrite vi ha una precoce fibrillazione della cartilagine.

A. reumatoide. — Frequente deve essere un'origine bacterica: ricercare gli eventuali focolai (denti, tonsille ecc.) e rimuoverli. Ricerche anche nel senso d'un'alimentazione difettosa, d'una stipsi ignorata, di un disturbo del ricambio (intolleranza verso i carboidrati).

Salicilici sono indicati solo temporaneamente e a piccole dosi. La fisioterapia è certo indicata essendo diminuito l'apporto sanguigno: e nei limiti del dolore sono indicati i movimenti attivi. Importante la prevenzione delle deformità. Controindicata è l'immobilizzazione prolungata. Dal punto di vista chirurgico precocemente può essere indicata la sinovectomia (ablazione del panno). In caso di deformità o anchilosi: resezioni e osteotomie. Le artroplastiche non han successo in arti così atrofici.

Osteoartrite. — Secondo Fischer non è una malattia ma una serie di alterazioni in articolazioni soggette a prolungati e ripetuti stimoli lesivi, meccanici o tossici, di intensità moderata.

Indicazioni per l'intervento dell'ortopedico si presentano più precocemente che nella precedente. Localmente occorre mantenere e stimolare l'afflusso ematico con calore, massaggio (intorno ma non sopra l'interlinea) e movimenti attivi non dolorosi.

Il limitare temporaneamente la motilità articolare solleva il paziente, senza far scomparire le lesioni; l'anchilosi da immobilizzazione non è da temere essendo rara. Importante può essere il riportare una statica buona (es. correggere un piede valgo, una lordosi eccessiva, sostenere un addome pendulo ecc.). Indicazioni generali: aumentare l'eliminazione con bagni di vapore ecc.; poche proteine, pochi grassi; eventualmente opoterapia.

Interventi operatori. — Frangie sinoviali, corpi mobili, osteofiti possono richiedere l'artrotomia, senza preservarci dalla recidiva. L'operazione va fatta in articolazioni quiescenti dopo un periodo adeguato di protezione. Possono venire discusse l'artrodesi e l'artroplastica.

Nell'osteoartrite rientra la spondilite deformante che etiologicamente e patologicamente non ne differisce. Rigidità locale, dolori irradiati specialmente sciatici, ne sono i sintomi. Terapeuticamente: fisioterapia, immobilizzazione con tutori, correzioni di curve anormali. E. V.

Risultati lontani di una sindesmopessia coraco-clavicolare.

(I. CARAVEN. *Revue de Chirurgie*, 1927, n. 3).

Premessa la distinzione fra lussazione incompleta e completa dell'articolazione acromio claviculare, quest'ultima verificandosi soltanto per lacerazione anche dei legamenti coracoclavicolari, l'A. passa in rivista i diversi metodi adoperati per la cura della lussazione completa. Scartati senz'altro quelli incruenti, degli operatorii soltanto quelli con cui si ravvicina la clavicola alla coracoide riescono utili; ma il ravvicinamento non va fatto in modo da impedire il giuoco dell'articolazione distale della clavicola mercè il quale sono possibili i più estesi movimenti della spalla. E quindi suture, incavigliamenti, e perfino la resezione della estremità esterna della clavicola non darebbero mai buoni risultati. Invece lodabile è il metodo ideato da Delbet della sindesmopessia. Ma l'avvicinamento con materiale metallico provoca decubiti, onde è preferibile la seta.

L'A. nel 1915 praticò ad un operaio, già anziano di età, una legatura con un fascetto di fili di seta a sette capi valendosi del Deschamps per i passaggi sottocoracoideo e sottoclavicolare. Risultati immediati e lontani ottimi. Dopo 12 anni si avverte la presenza di un netto rilievo tra clavicola e coracoide che, a parere dell'A., sarebbe dato dalla permanenza dei fili di seta tuttora esercitanti la loro funzione.

Pur dubitando di tale interpretazione — essendo ammissibile una neoformazione fibrolegamentosa — resta confermato da questo caso il valore pratico del metodo di sindesmopessia. Anzi esso potrebbe essere praticato con buon risultato, salvo qualche variante, anche nelle fratture della clavicola con forte spostamento e difficile riducibilità dei frammenti. F. GRIFI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

BAUER. *Frakturen und Luxationen.* Pag. 234, 237 figure. Edit. Springer, Berlino, 1927. R. M. 15.

L'A. è riuscito a compendiare in questo volume di piccola mole, in modo magistrale, il vasto capitolo delle fratture e delle lussazioni. L'esposizione pur limitandosi necessariamente alle conoscenze essenziali sufficenti per arrivare alla diagnosi, è chiara e precisa. La terapia è trattata per esteso e compiutamente. Numerosissime e belle figure corredano il testo. Credo che si possa raccomandare il libro come uno dei migliori sul l'argomento. P. VALDONI.

BIESALSKI. K. *L'assistenza agli invalidi e mutilati in Germania.* (Grundriss der Krüppelfürsorge). III edizione, Leipzig, L. Voss ed., 1926.

L'A. dopo aver discusso ampiamente sulla denominazione di storpio (Krüppel), che secondo il concetto tedesco comprende chiunque abbia una minorazione in qualche parte del corpo, per la quale non possa esplicare una normale attività, ed aver esaminato i punti essenziali dell'assistenza, si intrattiene a lungo sulla legislazione attualmente vigente in Germania relativamente a questa classe di pazienti. Per lo smistamento verso uno dei molti istituti d'assistenza esistenti si deve tener presente quello in cui l'invalido possa acquistare il maggior grado di capacità al lavoro.

Lo spirito delle odierne disposizioni del governo germanico in materia è che l'interessamento agli invalidi va regolato dalla legge e rappresenta un dovere dell'assistenza pubblica. Tutti i mezzi debbono concorrere a rendere le forze a questi infermi utili alla vita economica, provvedendo ad aumentarne la capacità lavorativa.

L'attività dell'ortopedico specializzatosi nell'assistenza agli invalidi è svariata: egli deve scegliere il piano di cura per gli storpi, sorvegliare l'applicazione di protesi ma anche interessarsi della profilassi delle deformità (per es. presso gli

scolari) e dell'educazione fisica dei giovani. Indispensabile è la sua collaborazione nella scelta della professione.

L'A. passa quindi a parlare delle più frequenti deformità dell'apparato motore e dei concetti che debbono dirigere la loro cura.

Infine dà uno sguardo sommario alla profilassi di queste affezioni: a questo proposito grande importanza ha sempre la precocità della cura. Perciò dovrà essere diffusa fra i medici l'istruzione ortopedica: ove quest'opera di propaganda desse i suoi frutti non si vedrebbero più presentarsi negli ambulatori ammalati con lussazioni d'anca irriducibili, con deformità paralitiche gravi degli arti, con curvature impressionanti del rachide.

In complesso il libro deve esser letto da chi s'interessa a questo genere di problemi.

E. V.

MEDICINA SOCIALE.

L'assistenza agli invalidi dell'apparato motore.

Dott. E. VENEZIAN.

Fra i poderosi problemi che occupano la mente dei moderni cultori di medicina sociale, quello dell'assistenza agli invalidi dell'apparato motore, pur essendo fra i più importanti, è certo fra quelli meno conosciuti e meno studiati, almeno nel suo complesso. Giacchè se qualcosa o molto si è fatto per alcuni gruppi di questi pazienti e in ispecie per i gloriosi reduci e per gli infortunati sul lavoro, solo di rado si è affrontato l'argomento nel suo insieme, coordinandone e confrontandone i diversi aspetti e le diverse esigenze. Eppure soluzioni isolate e limitate perdono, in un campo così vasto e complicato, si può dire ogni valore. Chi, ad esempio, in un paziente affetto da esiti di paralisi infantile si limitasse alla sola cura delle deformità, spenderebbe inutilmente la sua opera. Così in un altro campo e per ragioni diverse, non si risolverebbe il problema della restaurazione post-lesiva negli infortunati creando un istituto esclusivamente per il loro ricovero.

Come manca uno studio completo su ciò che esiste in questo campo nella nostra patria, mancano da noi statistiche esatte sul numero degli invalidi esistenti, sulla natura delle lesioni e tutto questo contribuisce certo allo scarso interesse che si è finora avuto su quanto riguarda l'assistenza a questa classe di pazienti. Basta tuttavia considerare un momento alcune cifre ottenute in Germania da un censimento eseguito per iniziativa del Biesalski molto tempo prima della guerra (esistevano colà nel 1906 circa 100.000 invalidi al di sotto dei 15 anni, cioè 36 ogni 10.000 bambini, e di essi più della metà erano bisognosi di ricovero) per farsi un'idea approssimativa del numero impressionante di individui con deformità congenite o acquisite dell'apparato motore esistenti e di cui forse la maggior parte del ceto colto appena sospetta l'esistenza. Si può dire che il 40 % circa delle invalidità sia data dalle deformità da rachitismo, da paralisi infantile e da tubercolosi osteo-articolare.

Se noi consideriamo ora ciò che si è fatto per questa massa di invalidi vediamo che all'infuori della beneficenza privata, cui fan capo anche rigogliosi istituti, e degli ospedali fondati da enti assicuratori in favore di operai infortunati, tutto ciò che si è fatto è del tutto insufficiente, sopratutto per essere frutto di iniziative locali e isolate.

Scopo precipuo dell'assistenza agli invalidi dell'apparato motore non è più oggi il ricovero e il mantenimento degli storpi e dei mutilati in istituti filantropici, non è di rimediare semplicemente con l'aiuto dell'arte alla deformità, ma quello di fare dei motulesi dei membri indipendenti e utili nella società. Occorre, perciò, che il medico cui è affidato il piano di redenzione sociale del motuleso prenda in considerazione accanto al suo *deficit* morfologico e funzionale la sua psicologia, per quello che riguarda l'affettività, l'intelligenza e la sua capacità volitiva; poichè accanto a un corpo ammalato v'è un'anima ammalata.

Il problema è dunque complesso e di natura medica e pedagogica insieme. La trasformazione del motuleso, essere parassitario, in un individuo che abbia riacquistato il suo diritto al lavoro, sarà opera di *provvidenze* di natura esclusivamente *mediche*, che conservino o restituiscano, nei limiti del possibile, alla parte lesa la normale morfologia (*cure ortopedico-chirurgiche*), che ristabiliscano la funzione (*rieducazione funzionale*) le quali sarebbero però di per sè del tutto insufficienti se non fossero seguite e completate da una *educazione* intesa in senso generale, attraverso la quale il paziente riacquisti l'equilibrio della propria attività psichica, la volontà e la fede; da una *educazione* (o rispettivamente rieducazione) *professionale* per la quale al motuleso sia data la possibilità di esplicare una certa attività lavorativa consentanea alla funzionalità dei suoi arti e al suo grado di istruzione e di intelligenza; da una assistenza sociale, finalmente, per cui all'invalido redento sia possibile esplicare la conseguita capacità lavorativa.

È d'importanza essenziale che le singole provvidenze procedano, dirette come sono a un'unica meta, sotto una guida unica, completandosi e compenetrandosi a vicenda. Naturalmente esse trovano indicazioni e hanno importanza diversa a seconda dei diversi casi.

Così, mentre la sola assistenza medica specia-

lizzata è richiesta per le deformità della prima infanzia che possono essere guarite prima dell'età scolare (piede torto congenito, lussazione congenita dell'anca) per altre deformità essa poco o nulla può fare (assenza congenita d'un arto o d'un segmento d'arto) e tutta o quasi l'assistenza resterà nel campo pedagogico.

Orizzonti ed esempi più ampi offrono a considerare alcuni lati del problema.

Un gruppo di motulesi notevolissimo per numero e importanza sociale è costituito dagli invalidi in seguito a infortuni sul lavoro. Sebbene i progressi realizzati in questo campo siano stati grandissimi, pure s'impone una revisione di tutto il problema: occorre riconoscere che la legislazione che esiste al proposito si è dimostrata insufficente. Accenneremo agli appunti mossi alla valutazione del danno in epoca male adatta per un giudizio prognostico definitivo e al rapporto fra invalidità conseguita e cure istituite, anche a prescindere da atti operativi — eventualmente giudicati necessari — che comportino un certo rischio.

Ove possibile, concetto fondamentale dovrebbe esser quello di considerare come scopo della riparazione degli infortuni la restituzione alla società di individui produttivi.

La soluzione di questo problema potrebbe essere facilitata dall'istituzione in tutti gli ospedali dei grandi centri di reparti specializzati per traumatologia, in cui i motulesi per infortuni sul lavoro dovrebbero essere presi in cura insieme con motulesi non assicurati: ciò che dal punto di vista psicologico ha grande importanza, perchè mette i primi a contatto con pazienti che hanno tutto l'interesse per un recupero quanto più possibile completo.

D'altra parte si potrebbero utilmente istituire nelle scuole professionali sezioni apposite per la rieducazione professionale, da servire anche per la educazione di motulesi con deformità congenite o acquisite nella prima infanzia, dove l'opera del medico specializzato dovrebbe esplicarsi in stretta collaborazione con quella dell'insegnante. Con esse dovrebbero essere coordinate le sezioni per l'orientazione professionale, già esistenti in molte scuole.

Utile sarebbe poi l'istituzione di medici cui fossero devolute le prime visite degli infortunati e il loro smistamento eventuale insieme con la ricerca sulle condizioni e le cause del trauma, analogamente a quanto esiste in Inghilterra.

La soluzione si presenta notevolmente più difficile per quei gruppi di lavoratori che vivono lontano dai grandi centri e specie degli agricoltori. Chi ha esercitato in condotte rurali sa quale possa essere, lontano dai grandi centri, l'assistenza agli infortunati. Fortunatamente trattasi della parte sana della popolazione, lontana per lo più dagli interessati suggerimenti di disonesti e per lo più desiderosa di riacquistare la propria capacità lavorativa. Il progresso della assistenza ospitaliera nei piccoli centri servirà molto a risolvere il problema dell'assistenza a questa classe di infortunati.

Importanza di poco inferiore ha rispetto al precedente il problema della tubercolosi osteo-articolare. Si tratta di migliaia e migliaia di motulesi per cui le provvidenze (ospizi marini e montani) sono del tutto insufficienti. Molti di essi vengono ricoverati in ospedali comuni per nulla attrezzati a tal genere di cure, molti trascinano per anni e anni la propria infermità senza cure.

Da ciò periodi di malattia prolungati, esiti in deficit notevoli e talvolta gravissimi tanto da fare spesso del paziente un essere improduttivo, parassita con un imperdonabile sciupio di vite, di produttività e quindi di ricchezza e di benessere.

La migliore utilizzazione dei letti disponibili e un miglior rendimento degli istituti esistenti (specie il dar carattere permanente a istituzioni ad attività saltuaria) potrebbero precedere una riorganizzazione su più larghe basi delle assistenze sanatoriali.

Il fiorire delle istituzioni profilattiche (colonie elioterapiche, ecc.) contribuirà non poco a diminuire l'importanza di questa piaga sociale.

Concludendo queste brevi note si deve insistere sulla necessità di riordinare e organizzare tutte le provvidenze in favore degli invalidi dell'apparato motore, cosicchè ne venga migliorato il rendimento e quindi reso possibile l'ulteriore sviluppo, analogamente a quanto si è fatto, ad esempio, in Svezia.

L'organizzazione presuppone la creazione di centri di coordinazione, ai quali lo Stato dovrebbe essere direttamente interessato: codesti centri dovrebbero sopratutto far opera di propaganda convincendo il pubblico che lo storpio, il mutilato non deve necessariamente restare un essere parassitario, che la società aiuterà più o meno e che quindi sarà sempre, appunto perchè costretto a vivere in tali precarie condizioni, un essere antisociale.

Il riordinamento comprenderebbe in un primo tempo la trasformazione e l'adattamento di reparti di grandi ospedali per il servizio dei motulesi. A quest'opera potrebbero concorrere i vari organi ed enti che ad essa hanno interesse.

D'altra parte dovrebbe essere incoraggiato lo sviluppo degli Istituti universitari di chirurgia dell'apparato motore, che oltre a una funzione di assistenza hanno anche quella di preparazione delle generazioni di medici specializzati.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

XVIII Congresso della Società Italiana di Ortopedia.

(16-17 ottobre 1927).

Seduta inaugurale.

Il Congresso ha luogo nella sontuosa nuova sala di insegnamento dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, in Bologna.

Il presidente della Società Italiana di Ortopedia prof. PUTTI dà il benvenuto ai soci e annunzia che vincitore del concorso bandito in occasione del XVII Congresso per iniziativa dell'Ospedale Civile di Venezia sul tema: «Il primo trentennio di amputazione cinematica» è il prof. Augusto Pellegrini.

Il prof. DONATI, presidente del Congresso, fornisce schiarimenti sulla questione dell'ortopedia negli esami di Stato, nei quali neppure quest'anno l'ortopedia figura fra le specialità chirurgiche. Ma, poichè essa non è fra le materie costitutive di tutte le Facoltà di medicina del Regno, si ritiene che sia implicitamente compresa nella prova di Clinica chirurgica. Intanto con l'attuale ordinamento, gli studenti sono liberi di scegliere l'esame di ortopedia, al pari delle altre discipline, là dove essa viene insegnata. Nelle probabili future variazioni dell'ordinamento degli studi medici il problema dell'insegnamento di ortopedia dovrà essere studiato *ab imis*.

Ha la parola il prof. PUTTI sul tema di relazione

Trattamento dei tumori ossei.

Nell'argomento dei tumori delle ossa, il problema centrale è ancora quello della diagnosi. Gli elementi di giudizio sono d'ordine clinico, radiografico, istologico. Per la diagnosi precoce, che è quella che più preme, il reperto radiografico è di grande importanza. Gli altri elementi non possono invece che contribuire parzialmente al giudizio, perchè la biopsia non dà che un'immagine limitata della condizione di fatto.

Clinicamente hanno importanza la topografia del neoplasma ed il suo decorso. Gli osteosarcomi o sarcomi osteogenici falsano spesso le caratteristiche delle forme infiammatorie o dei processi distrofici. Più netta invece è la figura clinica del tumore gigantocellulare. A proposito di quest'ultimo conviene affermare il concetto che la presenza di cellule giganti in un tumore non ne definisce il carattere di benignità. Maggiore importanza ha, a questo riguardo, la struttura dello stroma del tumore.

Quanto agli endoteliomi e più precisamente all'endotelioma di Ewing, le ricerche eseguite sul materiale dell'Istituto Rizzoli non avrebbero messo in vista che tre casi, i quali corrispondono, sotto molti punti di vista, all'entità oncologica segnalata da Ewing, e questi tre casi vennero illustrati dal dott. Faldini.

Convinzione del relatore si è che il tumore di Ewing meriti di essere distinto dagli altri osteosarcomi.

Molto importante la nozione della frequenza delle neoplasie secondarie sia sotto forma di metastasi isolata, sia sotto l'aspetto di osteopatie diffuse. Le caratteristiche radiografiche di questi tumori secondari sono tali da permettere la diagnosi anche quando il tumore primitivo non sia clinicamente reperibile (prostata, tiroide, reni, surreni).

Nei riguardi della prognosi la statistica dell'Istituto Rizzoli dimostra che la mortalità supera negli osteosarcomi il 90 per cento.

I tumori gigantocellulari hanno una spiccata tendenza alla recidiva mentre non danno metastasi.

La grande malignità degli osteosarcomi si manifesta nella loro resistenza ad ogni mezzo di cura. Fra essi, il più accreditante è ancora quello chirurgico, consistente nella demolizione precoce dell'arto.

Le statistiche non dimostrano differenza di effetto fra amputazione e disarticolazione. La resezione sarà riserbata ai tumori benigni.

La Roentgenterapia trova indicazioni in tutti i tumori primitivi chirurgicamente non raggiungibili e nei tumori secondari di tipo diffuso.

Quanto alla associazione della Roentgenterapia colla cura chirugica il Relatore è d'avviso che l'irradiazione debba seguire la demolizione, non precederla. Consigliabile la röntgenprofilassi delle metastasi, colla irradiazione polmonare. Circa le tossine di Coley, il relatore ritiene che valga la pena di sperimentarne gli effetti più largamente di quanto fino ad ora si sia fatto in Europa.

I tumori giganto-cellulari trovano beneficio dallo svuotamento e, nei casi in cui il neoplasma abbia invaso le parti molli, dalla resezione.

La Roentgenterapia è su essi di sicuro effetto.

Pei tumori benigni si seguirà il concetto di estirparli anche quando non abbiano raggiunto grandi proporzioni, ad evitare le loro non infrequenti metaplasie maligne. Per le cisti ossee serve lo svuotamento seguito o meno, a secondo delle indicazioni, dal riempimento delle cavità con tessuti organici.

Il dott. CAMURATI illustra le proiezioni di un ricchissimo materiale radiografico relativo ai tumori delle ossa raccolto nell'Istituto Rizzoli.

Dopo i Congressisti visitano l'esposizione del materiale iconografico dei tumori delle ossa, la mostra degli strumenti ed apparecchi ortopedici, e — nei locali dell'Officina dell'Istituto Rizzoli — il materiale di sua produzione.

Seduta pomeridiana - ore 14.

Il Presidente domanda l'elezione del nuovo Consiglio direttivo permanente.

Per acclamazione risultano: Dalla Vedova, Presidente; proff. Putti, Pellegrini, Consiglieri.

Per il Consiglio di Presidenza del prossimo Congresso che si terrà in Roma vengono eletti:

Comisso dott. Emilio, Presidente; Camera prof. Ugo, Vice-Presidente; Crainz prof. Silvio, Segretario.

Il tema di relazione (proposto da GALEAZZI e PUTTI) sarà:

Etiologia della scoliosi.

Segue la relazione del prof. ALBERTO FOSSATI sulla:

Roentgenterapia dei tumori delle ossa.

L'O. in base ad una casistica ricca di ben 32 casi di tumori delle ossa (25 dei quali gli sono stati affidati in cura dall'Istituto Ortopedico Rizzoli), trattati con i Raggi X dal settembre 1921 a tutt'ora, e attentamente seguiti, riferisce la sua esperienza sopra questo importante argomento.

Di 32 malati trattati, senza tenere calcolo di quelli in cura da meno di un anno, 5 non solo sono viventi, ma stanno bene, due dopo oltre 4 anni dall'inizio della cura, gli altri tre dopo periodi che variano da un anno a tre anni; altri due sono morti uno tre anni, l'altro tre anni e mezzo dopo l'inizio del trattamento e parecchi sono morti dopo periodi oscillanti fra uno e tre anni. Degno di nota che quasi tutti i malati hanno risentito immediato sensibile miglioramento; e molti hanno avuti lunghi periodi di benessere quasi completo.

Ritiene che il radioterapeuta debba intervenire solo in quei casi che non sono più (metastasi-diffusione a parti molli) o non possono essere (sede-estensione) di dominio chirurgico; e che egli debba intervenire sempre quando il quadro morboso è dominato dal sintoma dolore, che i raggi X sono in grado di lenire e spesso di far scomparire per lunghi periodi di tempo, molto più efficaci in ciò dei comuni sedativi a base di oppio, il cui uso quotidiano abbatte l'organismo. I raggi X non danno che turbe momentanee, per permettere poi ai malati in una calma dei dolori talvolta assoluta, di riprendersi sensibilmente nelle condizioni generali.

Ritiene possa essere tentata l'irradiazione preoperatoria in quei casi nei quali il chirurgo non è certo che potrà essere radicale nella demolizione; è favorevole alla irradiazione post-operatoria quando compaiono metastasi: il trattamento di metastasi da sarcomi delle ossa può dare risultati temporanei insperati; nelle metastasi ossee da carcinoma è sempre indicato allo scopo di influire beneficamente sul sintoma dolore.

Analogamente a quanto viene eseguito nella Clinica Mayo, ha proceduto alla irradiazione profilattica dei polmoni successivamente ad interventi operativi, ma in troppo pochi casi e troppo recenti, per esprimere ora un giudizio; ritiene opportuno procedere alla castrazione Roentgen nelle giovani donne affette da neoplasie ossee.

Il trattamento dei sarcomi delle ossa non provoca che difficilmente metastasi; e la loro comparsa è in relazione colla radiosensibilità del tumore; cita in merito il giudizio di Nové-Josserand e Tavernier che oppongono la grande sensibilità dei sarcomi globo-cellulari alla radio-resistenza dei fuso-cellulari.

L'O. non in base al reperto istologico, ma riguardo all'età dei pazienti ha rilevato come i tumori dei giovani siano molto più radio-sensibili che i tumori degli adulti.

Documenta con numerose proiezioni i benefici effetti radio-terapeutici temporanei e duraturi ottenuti: di grande interesse è il seguire, sotto l'azione dei raggi X la progressiva ricalcificazione e ricostruzione dell'osso ed il suo ritorno all'aspetto del tessuto osseo normale.

Espone nei dettagli le nozioni tecniche alle quali si è attenuto: somministra in un primo tempo forti quantità di radiazione molto filtrate su tutta la massa tumorale (almeno il 60-70 % della dose eritema); talora nei casi gravi, la ripete, dopo un opportuno intervallo per non provocare lesioni cutanee. Richiama l'attenzione sulla speciale sensibilità della cute dei giovani, che sono i più colpiti da affezioni tumorali delle ossa, e sulla possibilità di provocare edemi indurativi degli arti quando si irradiano troppo vigorosamente le loro radici.

Comunicazioni sul tema di Relazione.

SCHIASSI B. (Bologna). — *Trattamento conservativo in due casi di sarcoma epifisario della tibia.* — Illustra con radiografie, preparati istologici e fotografie, due casi di tumore a mieloplassi dell'estremo superiore della tibia trattati con la resezione, piuttosto che con lo svuotamento. Per l'O. i tumori a mielo-plassi non possono essere considerati come « processi riassorbenti cronici » o « formazioni reazionali », secondo l'opinione del Lubarsch, sia per la loro invadenza del tessuto ospite, sia perchè in molti casi trattati con lo svuotamento è stata successivamente necessaria la resezione o addirittura l'amputazione. La sua diffidenza verso questi tumori lo induce a considerarli veri sarcomi ossei, o — almeno — *tumori sarcomatoidi.*

CALANDRA E. (Palermo) — *Contributo allo studio del cloroma.* — A proposito di un caso di cloroma, sviluppatosi immediatamente dopo l'operazione di un sarcoma globo-cellulare della scapola sinistra e dallo studio clinico e anatomo-patologico del caso l'O. trae argomento per dimostrare il nesso anatomico tra sarcoma e globo-cellulare e cloroma. Accenna alla teoria elettronica della materia dell'Abrams, che, se confermata dalla clinica, potrebbe dare nuova luce sull'indirizzo terapeutico di questa malattia che fin oggi non conosce alcuna cura efficace.

ANZILOTTI G. (Livorno). — *Tumore primitivo della sinoviale articolare.* — Sulla base dell'esame istologico di una tumefazione primitiva ed accrescimento progressivo della sinoviale del ginocchio sinistro asportata con atto operativo in una paziente di 25 anni, l'O. si domanda se si possa escludere la natura sarcomatosa vera e propria e farla rientrare in quelle forme che si osservano nelle ossa e in modo non frequente nelle guaine tendinee e che lasciano in dubbio se si tratti di forme blastomatose o di forme di reazione. Il polimorfismo cellulare e la ricchezza delle cellule giganti, simili a quelle dette mieloplassi, la presenza di pigmento sanguigno e di numerose cellule pigmentifere ocracee, lo inducono a pensare a una neoformazione a tipo reazionale forse dovuta alle varie emorragie formatesi in seno al tessuto per i facili traumatismi tra i capi articolari di una frangia sinoviale semplicemente iperplastica. Rileva come tale concezione giustifichi un trattamento conservatore, piuttosto che demolitore.

GALEAZZI R. — *Osteite fibrosa ed osteosarcoma giganto-cellulare.* — L'O. illustra con diapositive quattro casi di osteite fibrosa con sarcomi giganto-cellulari di Rechlinghausen ed un caso di sarcoma giganto-cellulare multiplo, documentati radiograficamente ed istologicamente, i quali furono seguiti per un periodo di tempo lunghissimo, che per un caso raggiunge gli anni 24 e per gli altri 11, 16, 17 anni. Con successive diapositive egli dimostra che tutti sono guariti spontaneamente, senza intervento.

L'O rileva come questi casi facciano presumere che la distinzione fra osteite fibrosa e sarcomi giganto-cellulari sia artificiosa, come essi parlino nettamente contro la malignità dei così detti sarcomi giganto-cellulari e suffraghino efficacemente l'opinione che va sempre più acquistando proseliti, che esclude queste produzioni dal gruppo dei tumori e porta in campo tutti i risultati dei suoi studi personali e gli argomenti tratti dall'istopatologia, dalla clinica, dalla statistica, atti a suffragare questo concetto che egli è convinto essere il giusto.

CHIASSERINI A. (Roma) — *Tumore giganto-cellulare del 2° metacarpo destro.* — Prescindendo dalla questione della natura e della benignità dei tumori giganto-cellulari, l'O. descrive un caso di cisti in un tumore giganto-cellulare del 2° metacarpo destro, presentando i reperti radiografici e anatomo-patologici.

L'intervento fu conservativo, con risultato favorevole.

Ha un grande interesse la sede rarissima della lesione.

DAL POZZO G. (Torino) — *Sulle conseguenze del trattamento delle ossa con catrame.* — L'O. ha iniettato catrame stemperato in olio di olivo in ratti albini adulti.

Mai fu rilevata alcuna traccia di neoformazione di aspetto blastomatoso.

DELITALA F. (Venezia). — *Tumori ossei osservati nell'Ospedale civile di Venezia dal 1921.* — Riferisce su 24 casi. Tranne in un caso non ha incontrato difficoltà diagnostiche. Non ha sempre trovato il dolore come sintoma precoce. In un caso di sarcoma erano interessati le linfoghiandole latero cervicali e del cavo ascellare. In un caso il radiogramma non permetteva la diagnosi di tumore.

Cura: *a*) Cisti ossee (5): svuotamento e trapianto di lombetti di corticale forniti di periostio (guarigioni rapide; non recidive); *b*) sarcomi a mieloplassi (5), svuotamento e causticazione, o resezione, secondo l'estensione del tumore (3 guariti); *c*) sarcomi, endoteliomi, tumori metastatici: amputazione.

FALDINI G. (Bologna). — *È il tumore di Ewing una entità morbosa?* — L'O. pur ritenendo che esistono forme di sarcomi osteogenici i quali possono simulare l'aspetto del sarcoma di Ewing, pensa che questa forma possa essere presa in considerazione e che quindi il peritelioma dello scheletro si debba considerare a parte; ove sia possibile addivenire alla diagnosi, va eseguito il trattamento roentgenterapico alla cui azione il tumore sarebbe — secondo l'osservazione di Ewing — particolarmente sensibile.

MARCONI S. (Venezia). — *Considerazioni sopra tre casi di malattie di Kahler-Bozzolo.* — Riferisce su tre casi che tutti presentavano i segni caratteristici della malattia: dolori ossei costali e verticali, fratture patologiche delle coste, proteinuria di Bence-Jones.

Il reperto radiografico non rilevò un quadro caratteristico.

PALAGI P. (Firenze). — *Tumori giganto cellulari e cisti ossee.* — Riferisce su alcuni casi di cisti ossee e di tumori giganto-cellulari, dei quali ritiene interessante sopratutto il confronto del reperto radiografico.

SOLDI A. (Bologna). — *Cinque casi di discondroplasia di Ollier.* — Nelle radiogr. le lesioni nella loro forma più caratteristica, appaiono come striature chiare a direzione longitudinale ed obliqua, o divergenti da un punto centrale corrispondente al foro d'ingresso dell'arteria nutritizia e si osservano nella metafisi delle ossa.

ROMITI Z. (Bologna). — *Osservazioni sui tumori ossei.* — L'O. riporta la statistica dei tumori ossei curati nella Clinica Chirurgica di Bologna dal 1920.

a) tumori benigni (curati con l'exeresi); 6 casi:

2 fibroosteomi a localizzazione rispettiva frontale e mascellare superiore.

2 osteocondromi della metafisi superiore dell'omero.

1 osteoma del terzo inferiore del femore destro.

1 fibroencondroma della 2ª falange dell'indice destro.

b) Tumori maligni (curati con la demolizione segmentaria o totale dell'arto o con l'asportazione più radicale possibile); 19 casi:

4 dell'arto superiore (un sarcoma osteolitico della metafisi superiore del cubito sinistro, un sarcoma della metafisi superiore del radio destro, un sarcoma centrale della metafisi superiore dell'ulna destra, un epitelioma a tipo surrenale della diafisi omerale destra, con frattura patologica).

6 dell'arto inferiore (quattro sarcomi osteolitici della regione metaepifisaria inferiore del femore, un mixosarcoma diafisario del femore, un sarcoma centrale del terzo superiore della tibia).

6 delle ossa cranio facciali (due sarcomi e un adamantinoma solido cistico della branca orizzontale della mandibola: resezione; tre sarcomi del mascellare superiore: resezione).

1 della clavicola (osteosarcoma: disarticolazione).

1 della parete costale destra (condrosarcoma: demolizione estesa della parete toracica).

1 dell'ala iliaca destra (sarcoma globo-cellulare: asportazione curettage).

L'Assemblea approva un o. d. g. presentato dal prof. DALLA VEDOVA, che esprime il voto che il Governo tenga presente la necessità di disciplinare l'assistenza pubblica in modo che vengano proporzionate le provvidenze ortopediche ai reali bisogni della Nazione, dando opera acchè possano essere organizzati negli Ospedali dei maggiori centri adeguati reparti di assistenza specializzata.

Seduta antimeridiana del 19 ottobre 1927.

ETTORRE E. (Milano). — *Sulle esostosi borsate con corpi liberi.* — L'O. illustra un caso da lui operato di esostosi osteocartilaginea dell'estremo superiore del radio, rivestita da una capsula contenente un corpo libero costituito da tessuto cartilagineo a nucleo calcificato. L'esame della capsula, fornita di villi, gli ha permesso di mettere in evidenza il processo di formazione dei corpi liberi per sviluppo e trasformazione in tessuto cartilagineo dei villi stessi.

Dal raffronto con gli altri 7 casi sino ad ora pubblicati, e nei quali il corpo libero derivava in genere dall'esostosi, l'O. conclude per l'affinità di questa rarissima forma con la frequente osteocondromatosi articolare.

ALBANESE A. (Milano). — *Rapporti fra scoliosi e alterazioni vertebrali del tratto lombo-sacrale.* — Stabilisce con dati statistici tratti dal ricco materiale radiografico dell'Istituto Rachitici che almeno nel 23 % dei casi di scoliosi si riscontrerebbero alterazioni varie delle vertebre lombo-sacrali (sacralizzazione della V lombare, lombalizzazione del 1° metamero sacrale, scissure vertebrali, deformità varie e complesse).

BARGELLINI D. (Torino). — *Deformità traumatiche infantili della spalla.* — Riferisce su quelle deformità infantili da parto distocico caratterizzate da atrofia della spalla, e da rigidità in adduzione e rotazione interna dell'arto superiore.

Nei casi da lui studiati, per la conservata eccitabilità elettrica di tutti i muscoli dell'arto, e, per il tipo delle deformità scheletriche studiate radiograficamente, l'O. ritiene di essersi trovato in presenza di esiti di una distorsione articolare non trattata tempestivamente.

Conclude additando la necessità di una terapia iniziale razionale ed efficace.

GALEAZZI R. (Milano). — *Tecnica e risultati del trattamento della scoliosi nell'Istituto rachitici di Milano.* — L'O., presentando la film illustrativa della sua tecnica di raddrizzamento forzato della scoliosi, si dichiara convinto che questo metodo di trattamento della deformità è l'unico veramente razionale ed efficace, ed afferma che, se si riuscirà a sfatare il pregiudizio ancora generalmente diffuso tra gli ortopedici che questo metodo debba riservarsi ai casi rigidi e molto avanzati di scoliosi, ma si applicherà precocemente nei casi iniziali non appena compaiono alterazioni anatomiche delle vertebre, si arriverà a guarire realmente la scoliosi.

BUSATTI P. F. (Firenze). — *Un caso di lussazione congenita tardiva della testa del radio.*

BAJ L. (Torino). — *L'azione del siero dei fratturati sulle fratture recidivanti e sui calli ossei ritardati.* — Da numerose esperienze personali conclude che:

1) nelle fratture recidivanti e nei calli ossei ritardati, in cui non esistono alterazioni anatomiche evidenti, il siero dei fratturati recenti con buona consolidazione, attiva notevolmente l'osteogenesi;

2) il siero inattivato e di fratture non recenti è poco attivo e si può paragonare al siero di individui normali non fratturati.

L'O. presenta tre casi di pseudoartrosi nell'uomo sottoposti a sieroterapia con successo.

CAMERA U. (Torino). — *Ulteriore contributo all'artrorisi posteriore dell'articolazione tibio-astragalica nel trattamento del piede equino ed equinovaro secondario a paralisi spastica e flaccida.* — 1) I risultati in generale sono stati buoni ed in alcuni casi ottimi.

2) I migliori successi si sono avuti nel trattamento dell'equinismo spastico, dove non soltanto l'azione dell'arresto osseo ha potuto mantenere la

correzione della deformità, ma col tempo ha esercitato una benefica influenza sulla spasticità del tricipite.

CIACCIA S. (Venezia). — *Osteoartrite deformante infantile dell'anca.* — Sostiene che sia per la sintomatologia e il decorso clinico, sia per il quadro radiografico, sia infine per il reperto isto-patologico, deve essere ammesso nell'età infantile un processo a sè stante di osteoartrite deformante dell'anca, che non va confuso con la malattia di Perthes.

COMOLLI A. (Firenze). — *A proposito della sutura, mobilizzazione e deambulazione precoce nelle fratture della rotula.* — Risultati ottenuti in 7 casi.

Constata la somiglianza di essi con i risultati del cerchiaggio e della mobilizzazione e deambulazione tardiva, mette in evidenza i vantaggi di un procedimento rapido in pazienti in età avanzata.

Seduta pomeridiana.

CRAINZ S. (Roma). — *Contributo allo studio delle fratture da sport. Frattura del condilo interno dell'omero da « braccio di ferro ».* — L'O. presenta un caso illustrandolo radiograficamente: nella letteratura non ha trovato alcun caso analogo; ne discute specialmente il meccanismo patogenetico.

DE GAETANO L. (Napoli). — *Su di un caso di male di Leo-Buerger.* — Dallo studio clinico, anatomico e istopatologico diligentissimo di un caso, egli viene alle seguenti conclusioni:

1) È preferibile fra le molte proposte la denominazione di trombo-angioite obliterante giovanile;

2) la sifilide e l'arteriosclerosi sono da escludere dal punto di vista etio-patogenetico;

3) la malattia si localizza agli arti, specialmente inferiori: talora colpisce più arti contemporaneamente;

4) i caratteri anatomo-patologici della lesione sono l'obliterazione dei vasi arteriosi e venosi per trombi che si organizzano e si canalizzano, e l'abbondante produzione di tessuto connettivo perivasale che impiglia e stringe vasi e nervi;

5) clinicamente la malattia si manifesta con claudicazione intermittente, dolori intensi e sempre più violenti, lesioni trofiche cangrenose;

6) la malattia è stata osservata in tutte le razze e in diverse regioni;

7) è quasi esclusiva del sesso maschile;

8) ritiene che uno, o svariati stimoli tossi-infettivi possano per via sanguigna ledere l'intima vasale e determinare la formazione di trombi;

9) non è da escludere, ma non da ammettere come causa determinante, una disfunzione endocrina-simpatica.

DEL TORTO P. (Napoli). — *L'artrorisi sottomalleolare nei piedi vari e valghi paralitici.* — Da studii compiuti sul cadavere e dai risultati operatorii ottenuti si è persuaso dell'utilità dell'operazione. Egli la raccomanda non in sostituzione, ma in associazione ai comuni provvedimenti ortopedici cruenti per la cura del piede varo e valgo paralitico.

DONATI M. — *Cura dell'artrite deformante dell'anca.* — In 5 casi di artrite deformante dell'anca l'O. ha evitàto la classica resezione. Aperta l'articolazione con incisione arcuata esterna a lembo comprendente l'apice del trocantere, ha eseguito il modellamento della testa femorale, asportando corpi liberi osteo-cartilaginei, produzioni a fungo a tipo esostosico, cartilagini di rivestimento alterate per fibrosi, masse fibrose contenute spesso in cavità ossee subcondrali; ha regolarizzato l'acetabolo — di regola meno leso — soprattutto nella parte inferiore-mediale (completandola in un caso con la costruzione di un tetto, mediante trapianto di un frammento di trocantere); ha riposto infine la testa più o meno ridotta di volume.

In 4 casi ha immobilizzato e ottenuto una buona anchilosi indolente, senza l'esagerato accorciamento dell'arto che segue alla classica resezione.

In un caso trattato con la trazione a pesi e la mobilizzazione precoce, seguita da cure termali, ha ottenuto la ricostituzione di un'anca mobile entro limiti pressochè normali e una deambulazione indolora, per quanto leggermente claudicante per lieve accorciamento.

DELITALA F. (Venezia). — *Sul valore della mobilizzazione forzata della rigidità articolare.* — In tutti i casi nei quali la chinesi-terapia non dà alcun risultato e mancano le indicazioni per l'artroplastica trova il suo posto la mobilizzazione forzata.

E' però necessaria una grande cautela e molta esperienza tecnica.

L'O. ha avuto ottimi risultati in rigidità consecutive ad artrite blenorragica, guarita clinicamente da oltre un mese.

Ha potuto riunire 63 osservazioni, per la maggior parte rigidità della spalla e del gomito.

GABBRIELLI R. (Firenze). — *Rigidità articolari congenite multiple.*

VALTANCOLI G. (Pisa). — *Sulla patogenesi delle rigidità articolari congenite multiple.*

GIULIANI G. (Parma). — *Il comportamento dei nuclei di ossificazione di fronte alle azioni traumatiche.* (Ricerche sperimentali, con studio radiografico e istologico). — Ha compiuto tre gruppi di esperienze in cani giovani.

1° gruppo: ha sottoposto il calcagno destro a battiture quotidiane (il calcagno sinistro rimase

come controllo). Ha ottenuto radiograficamente un ritardo nella comparsa del nucleo di ossificazione della tuberosità posteriore del calcagno, nucleo che poi si è fuso più rapidamente col calcagno destro. Il calcagno si è anche ingrossato *in toto*.

Istologicamente: vascolarizzazione più copiosa, nucleo di ossificazione più piccolo, cartilagine seriata più spesso con colonne più stipate, spazi midollari invasi da connettivo.

2° gruppo: Ha influenzato il nucleo di ossificazione della tuberosità posteriore calcaneare esercitando trazioni sul calcagno mediante il tricipite surale. Ha ottenuto radiograficamente fusione precoce del nucleo di ossificazione dal lato trattato, poi atrofia del nucleo stesso e ingrossamento notevole di tutto il calcagno.

Istologicamente: atrofia del nucleo di ossificazione, trasformazione del midollo di tipo giallo in midollo rosso e poi in connettivo.

3° gruppo: Trazioni mediante il tricipite surale come nel 2° gruppo dopo asportazione di 5-6 cm. di nervo sciatico.

Radiograficamente e istologicamente ha osservato: comparsa e sviluppo precoce del nucleo di ossificazione; in seguito l'accrescimento del nucleo di ossificazione si attenua e si fonde più tardivamente al calcagno rispetto al lato opposto che fa da controllo.

GIUNTINI L. (Firenze). — *Sindromi neurodocitiche lombari e lombosacrali.* — Contributo clinico statistico sui casi di nevrodocite lombare osservati nell'ultimo biennio nell'Istituto Ortopedico Toscano.

Si trattava nella maggior parte dei casi di spondilo-artriti non tubercolari della colonna lombare, forme morbose nelle quali sono state distinte, seguendo la classificazione di Putti, le alterazioni prevalenti dei corpi vertebrali da quelle più spiccatamente a carico delle articolazioni intervertebrali o lombo-artrite propriamente detta. Si rileva tuttavia, dalla proiezione di alcuni radiogrammi, come fra i due quadri radiografici esistano forme di passaggio, in cui le alterazioni dei corpi e delle articolazioni si trovano fra loro variamente associate.

GRISANTI S. (Palermo). — *Sulla spondilite postmelitense.* — Ha curato tre casi di spondilo-artrite post-melitense con ottimo successo. I malati, colpiti da infezione melitococcica, sierologicamente accertata, presentavano dolore e rigidità della colonna specialmente dorsale. Guarita con la vaccinoterapia la febbre melitense la localizzazione vertebrale persisteva.

Associando a una terapia antisettica e antitossica non specifica applicazioni diatermiche, di raggi ultravioletti, il riposo assoluto a letto e poi l'applicazione di un busto gessato, l'O. ottenne risultati eccellenti. Il trattamento durò complessivamente da due a cinque mesi.

LAVERMICOCCA A. (Milano). — *La scoliosi nei polli.* — Ha fatto numerose esperienze tendenti ad alterare la statica dei polli. Presentando animali operati, fotografie, radiografie e pezzi anatomici dimostra alcune fasi dell'alterazione della colonna vertebrale.

MARINO-ZUCO C. (Roma). — *Considerazioni sul trattamento di alcuni casi di scoliosi.* — Illustra alcuni casi trattati col metodo di Galeazzi.

L'O. si dichiara soddisfatto del metodo di Galeazzi che egli confronta con quello di Steindler (consistente nello sviluppare le curve di compenso e fissare operativamente la correzione) e sostiene la possibilità di ottenere migliori risultati e stabilità senza esporsi a rischio operatorio e alle conseguenze di una osteosintesi interspinovertebrale estesa e comprendente il bacino.

MARAGLIANO D. (Genova). — *Contributo alla cura delle lussazioni irriducibili dell'anca.* — L'O. osserva che nella biforcazione di Lorenz l'estremo superiore del frammento diafisario non mantiene il suo intimo contatto col cotile in ogni atteggiamento della coscia ma costituisce uno sprone di arresto solo in determinate posizioni del femore rispetto al bacino; se l'estremo superiore della diafisi penetrasse nella cavità cotiloide e vi rimanesse stabilmente la mobilità articolare sarebbe molto ridotta in seguito allo stabilirsi di due fulcri di cui uno agirebbe come arresto dell'altro. L'esame radiografico di un gran numero di casi dimostra che la pentrazione del frammento diafisario nel cotile in realtà non avviene. Ma tali condizioni anatomiche sono tuttavia funzionalmente utili, perchè l'azione di arresto si esplica unicamente nel momento in cui è più richiesta, quando cioè l'arto lussato diventa portante e il bacino riceve la spinta in basso dal tronco in modo che lo sprone osseo femorale viene a premere contro la zona cotiloidea.

MEZZARI A. (Trieste). — *Carie secca del pube e della branca ischio-pubica.*

MERLINI A. (Torino). — *Sull'epicondiloidite omerale.* — Riferisce su quattro casi contrassegnati da dolore all'epicondilo nei movimenti prosupinatorii dell'antibraccio.

I segni radiografici di una periostite localizzata compaiono negli stadii avanzati nella malattia. Essa ha un andamento cronico ed è in rapporto con ripetute e frequenti contrazioni dei muscoli epicondiloidei.

La cura chirurgica (scalpellamento degli strati superficiali dell'epicondilo, asportazione del periostio proliferato e delle vegetazioni osteofitiche) è riservata solo a pochi casi inveterati e particolarmente gravi. Il riposo, l'abbandono di quegli esercizi che richiedono una ripetuta funzione dei muscoli epicondiloidei bastano a guarire la malattia.

POLI A. (Milano). — *Comportamento dei dislivelli del dorso negli scoliotici in stazione eretta e in flessione anteriore del tronco.*

PASQUALI E. (Bologna). — *Echinococco delle ossa.* — Affermata la rarità della localizzazione ossea dell'echinococco, l'O. dimostra radiograficamente cisti da echinococco nei condili femorali in un paziente di 43 anni, una serie di cisti dell'ala iliaca destra in un ragazzo di 13 anni, cisti multiple dell'osso iliaco e dell'epifisi femorale sinistra in un pazente di 20 anni.

Un grande interesse presenta per la diagnosi differenziale la dimostrazione dei reparti radiografici di un tumore giganto-cellulare in cui è visibile una cavità cistica a sede meta-epifisaria e di una osteomielite subacuta dell'emibacino e dell'epifisi femorale sinistra.

Per la diagnosi radiografica differenziale sono da prendere in considerazione: la cisti ossea solitaria, l'osteite fibrosa localizzata, la tubercolosi ossea.

SATTA F. (Pietraligure). — *Intorno al trattamento delle goniliti tubercolari.* — Si dichiara decisamente favorevole al trattamento elio-climato-terapico, associato ad una corretta assistenza ortopedica.

Su 250 casi di gonilite in pazienti di tutte le età da lui curati ha sentito la necessità di un intervento chirurgico solo in due casi e in questi due casi non ha ottenuto risultati del tutto confortanti.

Consiglia sottoporre sempre i malati a una cura elioterapica prima di compiere un intervento chirurgico, almeno per rendere possibile il miglioramento delle condizioni generali che influenza sempre favorevolmente il risultato dell'operazione.

VENEZIAN E. (Roma). — *La cura della lussazione abituale della mandibola.*

ROLLO S. (Napoli). — *Sull'evoluzione degli innesti cartilaginei.* (Contributo istologico). — L'O. ha studiato istologicamente pezzi di cartilagine costale trapiantati autoplasticamente in un luetico per il primo tempo di un'operazione di rinoplastica.

L'innesto era stato fatto 14 mesi prima. Ha notato che:

1) nelle zone centrali la cartilagine conserva la sua integrità;

2) nelle zone pericondrali che apparivano proliferanti si seguivano in vari tratti le diverse fasi evolutive degli elementi neoformati, dallo stato di elementi appiattiti ed ovalari a quello di cellule cartilaginee adulte: fra i giovani elementi si osservavano tracce evidenti di degenerazione pigmentaria;

3) nelle parti periferiche sprovviste di pericondrio si aveva degenerazione inoltrata con scomparsa delle cellule e zone di assorbimento e sostituzione fibrosa; più centralmente degenerazione pigmentaria.

L'O. crede si possa stabilire un rapporto tra i fatti degenerativi constatati e la lue e si riserva di trarre conclusioni d'indole generale da ricerche sperimentali.

SCHIASSI B. (Bologna). — *Presentazione di un arco a prensione diretta sullo scheletro per la riduzione contenzione di talune fratture.* — Persuaso dell'utilità della trazione sullo scheletro per ridurre e contenere le fratture e riconoscendo gli inconvenienti determinati dal chiodo di Codivilla, che attraversa a tutto spessore il segmento osseo sul quale è impiantato producendo un esteso decubito nello scheletro, l'O. ha escogitato un apparecchio che permette la prensione diretta sul calcagno o sui malleoli, consistente in un arco a due punte che si avvicinano rispettivamente a vite. Con tale mezzo si ha una presa localizzata e salda.

Presenta varii modelli del suo arco a pressione diretta e ne enumera gli evidenti vantaggi.

TANCREDI G. (Roma). — *La sindesmoplastica malleo-tarsale come provvedimento di recupero nei piedi torti paralitici.* — Presenta il materiale illustrativo di otto casi trattati con successo che persiste ancora dopo un periodo di uno a cinque anni.

Descrive le particolarità tecniche dell'intervento, che sostituisce un sistema legamentoso ai muscoli paralizzati, mediante un trapianto libero di fascia lata.

SALIS H. (Basilea). — Dimostra una serie di radiografie relative all'osteite cistica sierosa-albuminosa.

Presenta:

a) una suola per la correzione dell'alluce valgo;

b) un manicotto per il trattamento del piede trasverso-piano;

c) un apparecchio per il trattamento del piede valgo piatto durante il sonno.

T.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Pleonosteosi ereditaria.

Leri M. descrisse per il primo con questo nome una curiosa affezione caratterizzata da una distrofia ossea generalizzata con uno sviluppo eccessivo delle ossa ad abbozzo cartilagineo; l'ipertrofia colpisce sopra tutto le epifisi, colpisce specialmente le falangi producendo delle iperostosi localizzate, delle anchilosi delle dita delle mani o dei piedi, determina infine delle attitudini anormali, ed una limitazione dei movimenti delle articolazioni (vedi *Press. Méd.* del 7 gennaio 1913, p. 13). La malattia appare fin dalle prime settimane ed in modo ereditario e famigliare. I primi casi (Leri) riguardavano un padre e i suoi due bimbi.

Caussade e Peynet (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.* 28 febbraio 1925, p. 195) ne pubblicarono un altro caso interessante anche famigliare.

Guy Laroche e Barthes (*loco citato*, 7 aprile 1927, p. 459) ne pubblicarono un altro caso il cui interesse risiedeva, oltre che nella forma morbosa in sè, nell'esistenza di ipertrofie ossee sul cranio (ossa ad abbozzo membranoso) e nella coesistenza di lesioni eredoluetiche.

Rouillard e Barreau (*Bull. et Mém. de la Soc. des Hôp.*, 9 giugno 1927, p. 794) ne comunicano ora un altro caso assai bene studiato. Si tratta di madre e figlia; in ambedue si nota: una statura piccola, un accorciamento degli arti inferiori, un aspetto anormale delle mani e dei piedi, una distrofia che colpisce certe ossa lunghe, e specialmente quelle delle mani e dei piedi e che consiste sopratutto, e clinicamente e radiograficamente, in una ipertrofia delle epifisi. Nella figlia l'ossificazione dei metacarpi e falangi è precoce.

Madre e figlia presentano gravi lesioni articolari (limitazione dei movimenti, impotenza funzionale, dolori). L'osservazione è interessante poichè conferma il carattere ereditario già segnalato da Leri. L'evoluzione fu uguale nella madre e nella figlia: alla nascita nulla di apprezzabile; sviluppo normale, e non ritardato; a cinque anni presso ambedue dei disturbi della deambulazione; a 10-12 anni le dita si ingrossano e le mani non si allungano più; dei dolori e delle limitazioni dei movimenti appaiono alle anche ed alle ginocchia. Presso ambedue i P. la R. Wassermann fu negativa, e la R. di Hecht modicamente positiva. Sebbene in altri casi pubblicati la R. W. fu talora positiva non si possono identificare queste lesioni con osteoartropatie luetiche banali, ma si devono considerare come facenti parte di una distrofia ossea perfettamente individualizzata che può essere, come lo pensa Léri, rappresenti un tipo di anomalia reversiva.

L. TONELLI.

Platispondilia congenita ed accidente sopravvenuto in servizio comandato in un militare.

Molto interessante, dal punto di vista sociale, e specialmente dal lato infortunio, è l'osservazione raccolta da Botreau-Roussel (*Bull. Soc. nat. de Chirurgie*, 1927, pag. 1140), in cui una platispondilia congenita ha fatto sospettare una spondilite traumatica da frattura ignorata.

Si tratta di un soldato di 29 anni (la cui anamnesi remota non offre nulla di notevole) che in seguito ad una caduta sulle natiche accusa dolore alla regione lombare.

Obiettivamente non si rileva nulla a carico dell'apparato respiratorio e degli altri organi.

A carico della colonna vertebrale leggera scoliosi e dolore alla pressione sull'apofisi spinosa della 2ª vertebra lombare. Non contrattura muscolare.

La radiografia dimostra: appiattimento della 1ª vertebra lombare che però ha una normale architettura e contorni netti, dischi intervertebrali normali, abbozzo di costa cervicale doppia. La lievità del trauma, la scarsa sintomatologia ed il reperto radiografico di altra anomalia ossea, cioè di una costa cervicale doppia, debbono assolutamente, in questo caso, far escludere una spondilite quindi un accidente in servizio che dà diritto a pensione.

M. CIANCIO.

Studio sulle platispondilie. Platispondilia localizzata, platispondilia generalizzata.

M. Lance (*Bull. Soc. nat. de Chirurgie*, 1927, pag. 132), insiste sulla importanza che ha, nella diagnosi differenziale con un morbo di Pott, la conoscenza della platispondilia; ed a questo proposito illustra 8 casi di appiattimento congenito dei corpi vertebrali localizzato e generalizzato Solamente in 2 delle sue osservazioni la platispondilia si accompagna a rachischisi, mentre il Putti, che per primo ha descritto tale affezione, ha sempre osservato la coesistenza di una spina bifida, spesso occulta.

La platispondilia talora si associa ad altre malformazioni congenite, talaltra presenta una sin-

tomatologia che fa pensare ad una spondilite tubercolare e solo un accurato esame radiografico permetterà di riconoscere questi pseudo pottici.

M. CIANCIO.

La patellite o malattia di Sinding-Larsen.

Mouchet (*Bull. Soc. nat. de Chir.*, giugno 1927, pag. 847), richiama l'attenzione su una particolare varietà di osteite della rotula — la patellite — e riporta un caso studiato da Stolz, Meyer e Weiss.

Si tratta di un giovine di 22 anni che 2 mesi dopo un trauma del ginocchio S presenta: versamento articolare, dolore, atrofia muscolare. La radiografia dimostra: rotula allungata, appiattita con aspetto tigrato, decalcificazione diffusa della diafisi femorale e dell'estremità superiore della tibia.

L'esame batteriologico di un frammento di rotula non rivela la presenza di alcun germe. L'esame istologico mostra ipervascolarizzazione, rarefazione e condensazione ossea.

Secondo questi AA. la vasodilatazione provoca una mobilizzazione del calcio, quindi rarefazione ossea nella zona iperemica, e precipitazione del calcio in altre zone da cui l'aspetto frammentato della rotula. La decalcificazione diminuendo la resistenza dell'osso ne favorisce lo stiramento per opera del tendine rotuleo.

Questi stessi fenomeni si osservano nelle malattie di Perthes, di Köhler, Schlatter per cui gli AA. pensano non essere queste entità morbose a sè, ma l'espressione di una reazione ossea fisiologica in presenza della vaso dilatazione.

Ora l'ipervascolarizzazione, che può esser prodotta da irritazione meccanica cronica, da un trauma, da un'infezione attenuata, porta ad acceleramento degli scambi nei territori ossei che colpisce ed a migrazione del calcio producendo un'osteite rarefacente e condensante con conseguenti deformazioni scheletriche.

M. CIANCIO.

Aspetti insoliti dell'ossificazione che possono esser presi per fratture.

Mouchet (*Presse Méd.*, 1927, pag. 253), mette in evidenza uno speciale aspetto passeggero che si osserva di frequente nell'evoluzione ossea del calcagno e dell'epitroclea.

Tale aspetto non può esser considerato come una anomalia di sviluppo, non durando che alcuni mesi al massimo.

Il nucleo di ossificazione epitrocleare appare verso l'età di 6-7 anni e verso i 10 non è separato dalla diafisi omerale che da una linea cartilaginea poco spessa. Ora tra i 9-12 anni si può vedere nelle radiografie tale nucleo attraversato obliquamente da una specie di fessura parallela alla cartilagine epitrocleo-diafisaria e che si confonde con questa nella sua parte inferiore. Sul calcagno il nucleo complementare compare verso l'ottavo anno di età. Verso i 12 anni si può vedere per mesi interi persistere nella parte media di questo nucleo una linea cartilaginea a margini irregolari che lo divide in 2 metà ineguali. E comprensibile, se nell'anamnesi vi è stato un trauma del piede o del gomito, confondere questo aspetto con una frattura, tanto più che la radiografia del lato opposto non può sempre rischiararci, dato che spesso questo reperto è unilaterale.

M. CIANCIO.

Morbo di Recklinghausen ed alterazioni dello scheletro.

Ch. Achard (*Journal des praticiens*, 23 ottobre 1926) presenta il caso di un uomo di 69 anni in cui la coesistenza di tumori cutanei e sottocutanei con delle macchie pigmentarie faceva fare la diagnosi di morbo di Recklinghausen. Ma soprattutto notevoli erano le alterazioni ossee che, con altre stigmate di degenerazione, si trovano in tale malattia. Il cranio si presentava fortemente dolicocefalo e molto alto (cranio a torre: acrocefalia); la faccia presentava un certo grado di prognatismo. Il dorso era incurvato in seguito a cifoscoliosi a grande raggio, irriducibile; il bacino largo e svasato. I movimenti delle spalle erano difficili, limitati e dolorosi; così pure era ridotta la mobilità delle anche, specialmente l'adduzione delle coscie; la limitazione di quest'ultima era anche data dalla deformità dei femori, che risultavano incurvati a convessità esterna, con un allontanamento di 4-5 centimetri fra i ginocchi. Inspessimento delle diafisi femorali, della tibia e delle clavicole, specialmente della sinistra.

Alcune di tali deformazioni (quelle del cranio e del rachide) erano di data antica, mentre erano recenti quelle degli arti inferiori e della clavicola ed erano state precedute da dolori che persistevano tuttora e disturbavano il sonno ed il cammino.

Ora, è vero che alcune distrofie ossee possono derivare dalle manifestazioni di degenerazione che si osservano nella malattia di Rechlinghausen e che ne formano uno degli elementi principali. Ma le manifestazioni tardive che l'individuo in esame presentava sono invece da attribuirsi ad altra causa e precisamente alla malattia di Paget. L'esame radiologico dello scheletro, di fatto, mise in evidenza l'aspetto come ovattato delle ossa craniche, le impressioni digitali molto marcate sul frontale ed il parietale, lo scarso svi-

luppo del seno sfenoidale; anche nei femori e nella tibia sinistra si era riscontrato un aspetto indeciso e rugoso, col margine un po' irregolare e leggermente dentellato.

L'A. conclude per la coesistenza in questo caso del morbi di Recklinghausen e di quello di Paget.

Costa cervicale e sindrome di compressione arteriosa; claudicazione intermittente del braccio.

Crouzon, Gilbert-Dreyfus e Coste comunicano (*Bull. et mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n. 18, 2 giugno 1927), una notevole osservazione di un paziente che si lamentava di dolori male precisati e di sensazione di stiramento nel braccio sinistro. All'E. O. si rilevava un rilievo osseo anormale in ognuna delle due fosse sopraclavicolari. La radiografia dimostrava l'esistenza di due costole anomale cervicali destra e sinistra, di cui quella a sinistra più lunga e formata di due pezzi tra loro articolantisi, il secondo segmento dei quali si confondeva con la prima costa dorsale a livello dell'incrocio con la clavicola. I disturbi erano essenzialmente unilaterali, e cioè vi era una specie di faticabilità intermittente dell'arto, che cedeva subito col riposo salvo a ricomparire con la fatica. L'esame neurologico dimostrava integrità assoluta del plesso brachiale. I due polsi radiali sono a 76, regolari e sincroni. Anche la tensione arteriosa dà delle cifre sensibilmente eguali. Solo l'esame oscillometrico permise di notare le grandi differenze esistenti tra il regime circolatorio della a. omerale sinistra e quello di destra: tanto che gli AA. parlano di anisosfigmia. L'ammalato fu operato; ma gli AA. ritengono prematuro parlare dei risultati terapeutici. Harvier a proposito, cita un suo caso personale che si lamentava di fenomeni di paralisi con atrofia muscolare localizzata al territorio del cubitale, che risultarono dovuti ad una ipertrofia della apofisi trasversa della 7ª vertebra cervicale. Si resecò chirurgicamente, un mezzo centimetro dell'apofisi esuberante, e i disturbi finirono col retrocedere a cure elettroterapiche. Quattro anni dopo l'intervento la P. si lamentò di nuovo degli stessi fatti morbosi, e in più si notò una sindrome d'eccitazione del simpatico cervicale del lato sinistro; e la radiografia dimostrò una vera recidiva locale. Ciò deve fare ricordare come la prognosi lontana di questi interventi deve essere riservata, e che il risultato non può essere così radicale come si poteva sperare.

L. TONELLI.

TERAPIA.

La terapia della lussazione centrale del femore.

Partendo dalla premessa che la manovra di riduzione deve essenzialmente consistere in una trazione diretta nel senso longitudinale del collo femorale e che ogni manovra che non s'informi a questo principio è destinata all'insuccesso, V. Putti (*La Chir. degli Organi d. Movim.*, 1927, fasc. 5) preconizza l'uso della trazione continua applicata attraverso un chiodo infisso nel gran trocantere; giacchè ridotta la lussazione occorre assicurarne la contenzione.

Ecco come procede: in anestesia generale scopre il bulbo trocanterico e vi infigge, in direzione perpendicolare al maggior asse del femore, un chiodo lungo 25 cm. che entra e fuoriesce attraverso due piccole incisioni cutanee. Suturata la cute esegue la riduzione afferrando il chiodo per i due suoi estremi; esegue quindi rapidamente, senza abbandonare la presa, un apparecchio gessato comprendente bacino e coscia, cui solidarizza una staffa metallica laterale. A questa viene fissata un'ansa elastica che ai suoi estremi è collegata agli estremi del chiodo sporgenti dall'apparecchio. Apparecchio gessato e chiodo sono lasciati in posto per 3 settimane circa: frequente controllo radiografico. Poi massaggio, termoterapia, mobilizzazione graduale ecc. Stazione eretta a due mesi dall'intervento.

L'A. ha operato con tale tecnica 3 ammalati con ottimi risultati anatomico-funzionali.

E. V.

Il trattamento fisioterapico della poliomielite.

Paul Duhem dell'Ospedale degli « Enfants malades » di Parigi passa in rassegna (*Revue Méd. de la Suisse Rom.*, 1927, p. 577) tutti i mezzi fisioterapici adoperati nel passato e attualmente per la cura della poliomielite. Dopo aver criticato i metodi prima adoperati quali la galvanizzazione del midollo all'altezza del segmento leso, la galvanizzazione dei muscoli paralizzati, la faradizzazione, ecc., ritiene che un trattamento logico debba avere come fine di agire sia sul midollo sede del focolaio poliomielitico, sia sui muscoli paralizzati, sia sulle deformazioni che in periodo tardivo si stabiliscono per retrazioni tendinee e atteggiamenti viziosi.

L'intervento sul focolaio poliomielitico attualmente lo si compie a mezzo delle applicazioni di raggi X. Da alcuni si ritiene che possano agire direttamente sui fenomeni infiammatori; per l'autore invece l'opera si limita alla distruzione degli elementi neoformati connettivali, i quali se progrediscono fino alla formazione di noduli sclero-

tici portano allo strozzamento e alla distruzione delle cellule nervose risparmiate dal processo poliomielitico.

Sui muscoli e sugli arti paralizzati l'intervento deve opporsi in primo tempo, cioè nell'immediato periodo che segue all'infezione acuta, ai disturbi trofici e vasomotori che a lungo andare sono quelli che determinano le alterazioni più gravi per il difetto di nutrizione delle parti lese, quali accorciamenti ossei, atrofie muscolari, ecc.

Secondo l'autore il miglior modo d'intervenire è col riscaldamento degli arti malati che quasi sempre si presentano freddi, cianotici, con erosioni ed ulcerazioni dovute alla asfissia e alla scarsa resistenza dei tessuti.

Il riscaldamento è ottenuto e con applicazioni diatermiche e con bagni caldi ripetuti fino a 4-5 volte nelle 24 ore. Agendo in tal modo gli arti riprendono in breve il loro colorito e il loro calore normale, la sanguificazione e quindi la nutrizione si compie abbastanza bene. Si evitano in tal modo quei raccorciamenti gravi e quelle atrofie che più che a lesioni nervose sono da mettersi in rapporto a disturbi vasomotori.

Solo nel periodo di stato intervenire con le applicazioni di correnti galvaniche (scossa di chiusura negativa) sui muscoli e sui tendini di questi; trattamento logico secondo l'autore, solo quando il muscolo ha cominciato a riprendere in parte la sua funzione.

Per impedire inoltre le retrazioni tendinee e le posizioni viziose dovute a prevalenza di antagonisti, è bene eseguire manualmente distensioni dei tendini, massaggi.

L'autore conclude che agendo in tal modo non per breve tempo ma per il periodo di 2-3-4 anni ad intervalli di applicazioni e di riposo, si ricupera tutto quanto è ricuperabile. Inoltre si mettono i malati nelle condizioni migliori per potere subire interventi ortopedici eventuali e per potere bene sopportare apparecchi correttivi.

RICCARDI.

Spondilite tifica guarita con la vaccino-terapia.

Le Noir e R. Liége (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpit.*, 3ª serie, 43 a., M. 26, 28 luglio 1927) hanno osservato un malato che entrato nell'ospedale il 5 febbraio 1927 per una febbre tifoide, ebbe una ricaduta il 7 marzo. Fino al maggio seguente la temperatura rimase subfebbrile, raggiungendo qualche volta 38°, 38°,5. In quest'epoca si manifestarono dei dolori lombari, poi una impossibilità completa di sedersi.

L'esame non rivelava nè deviazioni, nè gibbosità della colonna vertebrale, che però era dolente alla percussione. I riflessi rotulei erano esagerati. Per la rigidità dolorosa della colonna vertebrale si pensò ad un morbo di Pott. La radiografia della colonna lombare però apparve normale. Fu pensato allora alla possibilità di una spondilite tifosa. Il 3 giugno fu iniziata la vaccinoterapia. La rigidità vertebrale scomparve rapidamente; il malato potè mettersi nuovamente a sedere, poi alzarsi e camminare, e ritornato completamente apirettico, abbandonare l'ospedale nella prima quindicina di luglio.

M. E.

La ricostruzione funzionante del 1° metacarpo in un caso di asportazione per tumore.

Scalone I. (*La Clinica Chirurgica*, fasc. 7, 1926) dopo aver fatto risultare l'importanza del 1° metacarpo nell'adempimento dei molteplici movimenti del pollice ed il fatto che le leve muscolari più efficaci a ciò deputate non hanno inserzione sul 1° metacarpo, afferma che, perchè quest'ultimo possa sostituirsi, occorre conservare l'importante articolazione col trapezio, mentre l'articolazione metacarpo-falangea può essere asportata, purchè si rispettino le due ossa sesamoidi, che costituiscono punti di inserzione di muscoli importanti.

Infatti, seguendo tali direttive, l'A. in un caso di condroma osteoide con larga superficie di impianto sul 1° metacarpo, in una donna di 54 a., ha praticatto l'asportazione quasi completa del 1° metacarpo, disarticolandolo dalla 1ª falange e scontinuandolo a mezzo cm. dall'articolazione col trapezio. Per sostituire l'osso asportato si è servito di un autoinnesto, prelevando dalla cresta della tibia una stecca osteo-periostea, la quale venne semplicemente adagiata tra la superficie cruenta del piccolo moncone residuo del 1° metacarpo ed una doccia praticata a spese della parte dorsale dell'epifisi della 1ª falange. Guarigione per prima.

Esaminata la paziente dopo sei mesi dall'intervento, il pollice del lato operato si presentava più corto di mezzo cm. in confronto con quello sano, ma la sua funzionalità appariva molto soddisfacente. Sopratutto la funzione di presa della mano ed i movimenti di abduzione e adduzione del pollice erano del tutto integri. Il nuovo metacarpo si mostrava alla palpazione bene sviluppato e resistente.

FIORENTINI.

Sul trattamento operativo dello sperone calcaneare.

Col nome di sperone calcaneare si intendono le esostosi del tuber calcanei. M. Brandes (*Zentralblatt f. Chirurgie*, 25, 6, 1927, n. 26) pensa che non sia questa una malattia rara; la diagnosi si

può fare dai disturbi caratteristici e con l'esame radiografico.

La cura, nella maggior parte dei casi efficace, è quella conservativa, a mezzo di solette sollevanti la pianta del piede, cuscinetti, anelli di gomma ecc. L'A. ha osservato che la cura conservativa è particolarmente efficace nei casi associati a piede piatto, e lo è meno negli altri casi. Nei casi ribelli ai mezzi di cura conservativi si deve intervenire operatoriamente. Ora dall'A. è stato osservato che pazienti pur operati da chirurgi di merito, non cessano dall'avere disturbi, o per incompleta asportazione dello sperone, o perchè questo ricresce, talora insieme a proliferazioni periostali; egli incolpa di ciò il metodo operativo seguito. In genere si tratta di un taglio laterale sul tallone, che non darebbe sufficente accesso, impedendo un'asportazione radicale. L'A. propone di fare un'incisione ad arco intorno al tallone, di ribattere a sportello le parti molli fino al calcagno, e quindi di asportare con uno scalpello piano l'esostosi e la tuberosità calcaneare, in modo da rendere uniformemente liscia la superficie inferiore del calcagno.

L'A. ha operato così tre pazienti con ottimi risultati anche a distanza di tempo, contrariamente a quanto si ottiene con gli altri metodi.

P. STEFANINI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

I rapporti fra trauma e cancro.

Dall'analisi di 300 casi di cancro, H. Mock e J. Ellis (*Journ. amer. med. assoc.*, 23 gennaio 1926) risulta che troppo spesso e con troppa facilità si ammette l'origine traumatica del cancro. Secondo essi, per potere ammettere tale origine vi devono essere le seguenti condizioni: 1) prova incontestabile di un trauma di gravità sufficiente da provocare definite modificazioni dei tessuti; 2) sviluppo del neoplasma allo stesso punto della lesione originale, con compartecipazione dei tessuti già compromessi dal trauma stesso; 3) prove sicure che il neoplasma non esisteva nello stesso punto prima del trauma; 4) oltre alla prova del trauma, vi deve essere quella di segni che lo connettano allo sviluppo del tumore e cioè persistente edema, ferita non guarita o disturbi anatomici e funzionali; 5) se non vi sono le condizioni del punto 4, lo sviluppo del tumore deve essere avvenuto entro un determinato lasso di tempo. Il tumore che si osserva entro due settimane dal trauma preesisteva ad esso. Vi sono però dei patologi che ritengono che il tumore può comparire quasi immediatamente dopo l'applicazione dell'agente carcinogenico; 6) l'aggravamento del tumore, se ben accertato, consecutivo al trauma, deve essere indennizzato, ma non così la morte per il tumore, la quale si deve ritenere inevitabile; anche l'acceleramento della morte non può ammettersi; 7) per la metastasi che si sviluppi al punto del trauma, l'imprenditore dovrà indennizzare soltanto il trattamento delle condizioni locali.

fil.

VARIA.

Le fratture degli arti nell'opera di Cornelio Celso.

Aulo Cornelio Celso visse nell'epoca aurea del romano impero e fu contemporaneo di Orazio e di Ovidio. Ingegno enciclopedico, come altri mai forse, scrisse di filosofia, di retorica, di arte militare, di agricoltura, ma delle sue opere una sola ci è giunta, quella sulla medicina, giustamente circondata dalla più alta fama e per la venustà della forma e per l'importanza del contenuto. Negli 8 libri « *De Re Medica* » egli ha riunito tutta la medicina greca e alessandrina: ma pur seguendo Ippocrate e gli altri minori, dotato di mente eclettica, usa il ragionamento e utilizza la sua esperienza e non si limita a illustrare metodi ma ne migliora alcuni con l'introdurvi modificazioni utilissime.

Notevoli fra tutti, i libri sulle affezioni chirurgiche: Celso distingue e divide dalle altre le malattie delle ossa e delle articolazioni, riunendo lo studio di queste in un libro (l'ottavo), che può esser detto il primo trattato di chirurgia dell'apparato motore. Ma particolarmente interessante è lo studio delle fratture.

Chiaramente esposte sono le nozioni fondamentali di anatomia patologica: le ossa si possono fendere *ut lignum* nel senso della lunghezza, trasversalmente, obliquamente. Gli estremi dei monconi sono quando ottusi, quando acuti, *genus pessimum* questi ultimi, poichè difficilmente si ricongiungono e posson ledere carni, nervi, muscoli.

Ben nota è a Celso l'evoluzione particolare delle fratture articolari: se la lesione è prossima a uno dei capi dell'osso *peior est, nam et maiores dolores adfert et difficilius curatur.*

Primo tempo nella cura di ogni soluzione di continuo dell'osso è, come oggi, la riduzione: e per ridurre occorre dapprima esercitare trazioni sul membro, usando energie variabili a seconda della parte; questo va fatto precocemente, chè se più tardi, per quanto dolcemente si operi, posson seguire convulsioni o gangrena.

Dopo la riduzione l'immobilizzazione.

Le singole fasciature da applicare sono minutamente descritte: bende di varia lunghezza e da svolgere in diverse direzioni, miscele di farina, di mirra, di cera per conglutinarle, stecche e ferule per rendere il tutto più solido.

Più volte in queste pagine si insiste e l'avvertimento va ripetuto tutt'ora, *ad abundantiam*, di evitare costrizioni dell'arto, ciò che facilmente esporrebbe a gangrena; più che altrove, in corrispondenza delle articolazioni si deve evitare di serrar troppo.

La fasciatura va rinnovata allorchè l'intumescenza dell'arto diminuisce, e finchè non torni la parte *tenuis* qual'era; ciò che se non avviene nel settimo, avverrà certo nel nono giorno.

Inoltre ogni volta che si rimuove il bendaggio si deve lavare con acqua calda, poi applicare dell'unguento liquido e confricare con cautela la cute: ciò che dimostra accanto alla preoccupazione della forma, quella della funzione.

Arditissimi gli interventi descritti nelle fratture esposte, per le quali si giunge a consigliare la riposizione, dopo resezione del frammento sporgente: se la cura è fatta precocemente — si aggiunge — e l'osso può consolidare e la ferita rimarginare.

Per quel che riguarda la convalescenza dei fratturati, dopo avere insistito su norme igieniche generali e sul massaggio della parte, si raccomanda la progressiva rieducazione funzionale, giacchè l'arto *paulatim ad antiquos usus reducendum est*.

Della clavicola le fratture trasversali senza scomposizione, è detto giustamente che guariscono da sole senza fasciature. Ma per lo più i frammenti si spostano e precisamente quello interno in alto, e ciò è erroneamente attribuito all'azione dell'omero che trarrebbe in basso l'esterno, e allora occorre riempir di lana quella parte che guarda il petto e portando l'omero in dietro fissarlo al torace. C'è di più: si osa affermare che se vi sono dei frammenti aguzzi va incisa la cute e debbono essere resecati *ea, quae carnem vulnerant*. L'indicazione all'intervento è, oggi, questa medesima.

Per la riduzione delle fratture dell'omero Celso seppe ingegnosamente variare il metodo proposto da Ippocrate: egli ci descrive minutamente il dispositivo..... di Hennequin, tal quale è raffigurato nei testi classici. La fascia che abbraccia l'estremità inferiore dell'omero viene attirata in basso *leniter* dal piede del medico, mentre il *minister* — l'assistente — pratica la controestensione giovandosi di una fascia e di un bastone che prende appoggio al suolo; una terza benda sorregge l'avambraccio flesso. La riduzione vien mantenuta con fascie e ferule.

Che se la lesione è in vicinanza del gomito, spesso le bende van rimosse *ne ibi nervi rigescant* e mentre la mano contiene la frattura, *cubitus aqua calida fovendus et molli cerato perfricandus*.

Nelle fratture del gomito poi è dannoso fasciare; per conservare la funzione ci si limiti a mitigare il dolore.

Nelle fratture dell'avambraccio esso deve essere immobilizzato in modo che il pollice sia *paulum ad pectus inclinatur*, in semipronazione cioè, ciò che invero oggi non potrebbe essere approvato.

Nell'arto inferiore l'immobilizzazione veniva ottenuta con doccie (*canales*) di varie dimensioni: i risultati non potevano essere sempre ottimi e Celso riconosce che il femore si accorcia sempre; tuttavia tanto più sconcia l'infermità se vi si è aggiunta la negligenza.

Tale l'opera di Celso venne tramandata: nè per lunghi secoli le si aggiunse cosa alcuna. Solo allora il cammino viene ripreso, quando nel secolo XVIII con le esperienze di Henri Duhamel signor di Monceau, non medico, viene decisamente affrontato lo studio della biologia dell'osso: esse furono la prima scintilla della grande battaglia pro e contro la importanza del periostio nell'osteogenesi, battaglia i cui primi campioni furono da una parte von Haller, dall'altra Hunt e che non è terminata ancor oggi.

Un gran passo nella terapia si fece poi con la scoperta delle fasciature rigide nel secolo scorso.

Ma questo rapido sguardo dice quale patrimonio di conoscenze la medicina moderna deve all'antichità classica: quelle vecchie pagine dovrebbero essere meglio conosciute e su di esse dovrebbe meditare chiunque si accinge a scrivere sugli stessi argomenti.

E. VENEZIAN.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

PENDE NICOLA. *La vecchiaia può essere ritardata?* — Roma, Editrice Romana Medica, 1927.

PERACCHINI VINCENZO. *Di un nuovo reperto nei tumori maligni.* — Aquila, Off. Arti Grafiche Vecchioni, 1927.

PROTTI GIOCONDO. *Di una siringa con serbatoio per la trasfusione del sangue misto a citrato sodico e della opportunità di un più largo uso di tale provvidenza.* — Venezia, F. Garzia, 1926.

RACCA UGO. *Sopra l'apofisite calcaneale.* — Torino, Tip. Ed. « Minerva », 1926.

RICCITELLI L. e CIUFFINI B. *Il valore della vaccinazione antitubercolare.* — Pisa, G. Michelozzi, 1926.

RONZANI ENRICO. *Spedalizzazione dei tubercolosi.* — Milano, Stucchi, Ceretti, 1926.

SANGUINETI LUIGI ROMOLO. *L'Afrodeimia.* — Torino, Tip. Soc. Torinese, 1926.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Lotta antimalarica.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha diramato ai sigg. Prefetti del Regno la seguente circolare:

V. E. già conosce il fermo intendimento del Governo Nazionale di dare la massima intensificazione alla lotta contro la malaria, con speciale riguardo alla più rassicurante tutela sanitaria delle popolazioni lavoratrici ed in particolare di quella rurale.

Si premette che in questa materia, per ottenere utili risultati, è indispensabile l'azione concorde delle Autorità statali, provinciali, comunali, coordinata con quella di Enti e di privati che dedicano la propria attività a detta lotta, ed occorre perciò che l'E. V. dia personali cure, acciò sia raggiunta tale intima collaborazione.

Nei riguardi, poi, dei servizi assistenziali antimalarici, ed in particolare degli ambulatorii, necessita che essi abbiano funzione continuativa anche durante la stagione attuale, la quale è propizia per ottenere la cura radicale delle vecchie infezioni, e che questi servizî siano assiduamente vigilati da cotesto medico provinciale in modo da rendersi esatto conto delle necessità locali e di potere accertare le eventuali deficienze, alle quali dovrà porsi riparo nel minor tempo possibile.

Occorre anche effettuare e completare lo studio per la identificazione delle cause locali favorenti la diffusione della malaria, limitato almeno in primo tempo alle località nelle quali la malattia assume particolare importanza, sicchè riesca possibile addivenire ai provvedimenti per eliminare o correggere gli accertati focolai malarigeni, in conformità delle disposizioni contemplate in materia dal Testo Unico delle leggi sulle bonifiche, sulle quali si è richiamata l'attenzione con la circolare 28 maggio 1925, n. 20183-6.

La E. V. a tale intento voglia dare il maggiore personale interessamento per promuovere, secondo un programma bene preordinato, la esecuzione delle opere di piccola bonifica e degli opportuni interventi antianofelici.

Frattanto V. E. si assicuri che l'Amministrazione provinciale abbia fatto adeguato stanziamento in bilancio per la somministrazione gratuita del chinino e che provveda al tempestivo acquisto del farmaco ai sensi dell'art. 71 del R. D. legislativo 30 dicembre 1923, n. 2889.

Con l'assicurazione dell'adempimento delle disposizioni date pregasi comunicare il completo programma stabilito per la lotta antimalarica e nel contempo interessasi per l'invio, non oltre il 30 marzo p. v., della consueta dettagliata relazione annuale, riguardante l'andamento della malaria nell'anno decorso, l'azione svolta ed i risultati ottenuti, corredando la stessa di dati e di prospetti statistici.

Pel Ministro: SUARDO.

Vigilanza sanitaria sul meretricio.

Il Ministero dell'Interno — Direzione Generale della Sanità Pubblica — ha diretto ai sigg. Prefetti la seguente circolare:

« In attesa dei provvedimenti in corso di esame per la riforma del Regolamento legislativo 25 marzo 1923, n. 843, riguardante la profilassi delle malattie veneree, questo Ministero, allo scopo di assicurare la continuità del servizio di vigilanza sanitaria sul meretricio, che venne in via transitoria regolato con la circolare del 20 novembre 1926, autorizza la S. V. a provvedere sia alla provvisoria conferma di tutti i medici visitatori attualmente in servizio di codesta Provincia, sia ad affidare, occorrendo, il provvisorio incarico di medico visitatore ad altri sanitari ed altri ufficiali medici della M. V. S. N. che abbiano i necessari requisiti tecnici per la speciale funzione, in conformità a quanto si è disposto con la circolare Ministeriale 15 aprile 1927, n. 20000-1-187.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA. — Due condotte; L. 7000 e 4 quinquenni dec.; L. 4 ogni pov. in più del 5 %; L. 300 uff. san.; L. 300 suppl.; L. 500-1800 trasp.; serv. entro 15 gg.

ALTAVILLA MONFERRATO (*Alessandria*). — Scad. 5 mar.; L. 7000 (*sic*) oltre L. 500 uff. san., L. 1500 trasp.; tassa L. 50,15.

ANCONA. *Amministraz. Provinciale*. — Quattro posti nel Laborat. provinc. d'igiene e profilassi; scad. 31 mar.; v. fasc. 7.

AVEZZANO. *Ospedale Civile dei SS. Filippo e Nicola*. — Chirurgo primario; scad. 14 mar.; vedi fasc. 7.

BRESCIA. — Coadiuatore della Sezione medico-micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e di profilassi; scad. 20 mar., ore 16. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria Generale dell'Amministrazione Provinciale.

COMO. *Ospedale di S. Anna ed Uniti LL. PP.* — Due medici-chir. aggiunti; L. 4500 e partecipazione tasse; nomina triennale non riconfermabile; dopo un biennio si è ammessi a conc. int. per aiuti; serv. entro 15 gg. A tutto 20 mar. Tassa L. 50. Chied. annunzio.

COSTA VOLPINO (*Bergamo*). — Scad. 31 mar.; L. 10,000 oltre L. 2500 cav., L. 500 uff san., c.-v., L. 300 ambul., L. 700 indenn. spec.; tassa L. 50.10.

EGNA (*Trento*). — Scad. 10 mar.; escluse due frazioni; L. 7500 e 5 quadrienni dec., L. 750 uff. san., L. 2200 indenn. alloggio; tassa L. 50,20.

FANANO (*Modena*). — Scad. 1 mar.; 2ª cond.; L. 8000 e 10 bienni ventes.; tassa L. 50.

GALATINA (*Lecce*). — Scad. 1° mar.; L. 8000 e quadrienni dec.; età lim. 36 a.; tassa L. 50.

LIVORNO. *Municipio*. — Scad. 3 mar. Due medici aggregati; L. 11.000 oltre 2000 c.-v. e 5 quadrienni di L. 800.

MATERA. *Ammin. Prov.* — Direttori della Sez. med.-microgr. e della Sez. chim. del Lab. Prov. di Igiene e Profilassi; tit. ed esami; L. 12,000 elevabili a L. 13,350 oltre L. 2000 serv. att.; scad. 5 mar.

MODENA. *Commissione Reale per la Provincia.* — Coadiutore del Laboratorio Provinciale Medico-Micrografico. Scad. 15 mar. V. fasc. 6.

MONTE DI CAPODISTRIA (*Istria*). — Scad. 31 mar.; con Maresego; L. 9000 e quadrienni dec.; c.-v.; per urr. san. L. 1000; età 25-40 a., s. eccez. regolamentari. Tassa L. 50.

MONTERODUNI (*Campobasso*). — Scad. 40 gg. dal 9 feb.; L. 5640 (sic) e tre quinquenni decimo. Per informazioni rivolgersi Segreteria Comunale.

MONTE SAN GIUSTO (*Macerata*). — Scad. 15 mar.; obbligo serv. Osped. Civ.; stip. L. 8000 e 3 quadrienni dec.; L. 8000 indenn. operaz. chirurgiche ai poveri; c.-v.; L. 2500 cav.; L. 700 uff. san.; età mass. 40. a.

PAVIA. *R. Clinica Chirurgica.* — Assistente effettivo, al 9 marzo; L. 7500, oltre L. 1700 serv. att.; c.-v. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.

PROVVIDENTI (*Campobasso*). — A ore 12 del 20 marzo; L. 6700 (*sic*) e 3 (*sic*) quinquenni dec.; per uff. san. L. 500; per i medici celibi o vedovi senza prole i compensi saranno ridotti a sensi del R. D. 29 dic. 1927, n. 2672; età mass. 40 a.; serv. entro 15 gg.

ROCCAPALUMBA (*Palermo*). — Scad. 5 marz.; L. 10.000 e 5 quinquenni.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Tredici tenenti medici in servizio permanente nel Corpo sanitario militare marittimo. Domande in carta da bollo da L. 3 al Ministero (Direzione generale del personale e dei servizi militari, Divisione stato giuridico) non oltre il 20 aprile. I vincitori che otterranno la nomina a tenente, se già ammogliati, dovranno, entro il termine di due mesi dalla nomina, chiedere al Ministero della Marina l'autorizzazione a produrre, nei modi stabiliti dalla legge 11 marzo 1926, n. 399, le prove di possedere la rendita annua di L. 4500 nominali.

Gli esami avranno inizio in Roma presso il Ministero della Marina, il 21 maggio, alle ore 9.

Copia della relativa notificazione di concorso (con annesse istruzioni e programmi di esame) potrà essere richiesta alle Direzioni degli ospedali militari marittimi di Spezia, Taranto, Venezia, Pola, La Maddalena, ed alla Direzione dei servizi sanitari della R. Marina di Napoli e a quella dell'infermeria di Brindisi, ovvero al Ministero della Marina (Direzione generale del personale e dei servizi militari - Divisione stato giuridico e Direzione centrale di sanità militare maritima).

TREVISO. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione Medica-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e di Profilassi; scad. 31 mar.; v. n. 7.

PORTO S. GIORGIO (*Ascoli Piceno*). — Ospedale cerca radiologo provetto; rivolgersi Congregazione di Carità.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Luigi Manfredi, direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Palermo, è nominato delegato commissariale ai Servizi Tecnici Sanitari della C. R. I. del Comitato locale. Il commissario presidenziale, principe di Galati, nella circolare in cui partecipa la nomina dice:

« Il valore dell'uomo che è vanto ed onore della scienza italiana è a tale altezza da costituire, di per sè solo, un coefficiente di forza e di scienza, guida nella valorizzazione delle istituzioni sanitarie che il comitato gestisce, e che si ripromette di intensificare nel campo del pubblico soccorso e della assistenza igienica delle popolazioni.

Il personale tutto sono certo, sarà grato a Luigi Manfredi per essersi degnato di rientrare con rinnovato spirito di fede nelle file della Croce Rossa di Palermo.

A lui il devoto saluto mio, e del personale tutto del Comitato ».

Il prof. Guido Ruata, libero docente in igiene, è nominato segretario generale dell'Istituto Internazionale di Agricoltura.

Il prof. Ruata, già aiuto alla cattedra d'igiene della R. Università di Bologna, è autore di apprezzate pubblicazioni nel campo dell'ingegneria sanitaria. È stato direttore sanitario delle Terme di Salsomaggiore.

Quale segretario generale dell' « Enit » egli si è adoperato con alacrità ad imprimere incremento alle nostre Stazioni climatiche e idrominerali ed a farle conoscere ed apprezzare largamente all'Estero.

Saprà essere a posto anche nella nuova ed alta carica affidatagli.

Il Senato Accademico della R. Università di Modena nella seduta dell'11 febbraio ha designato i vincitori dei concorsi per i premi Riccardo Luzzatto e Giuseppe Sperino, il primo destinato a un lavoro o complesso di lavori nel ramo della biochimica o della terapia sperimentale, il secondo ad un lavoro di anatomia.

In base alla relazione della Commissione aggiudicatrice del premio Luzzatto, tale premio è stato conferito al dott. Giovanni Margreth per un complesso di lavori riguardanti il comportamento dell'acido lattico in diverse condizioni morbose, nei quali lavori è stata apprezzata la felice iniziativa di applicare lo studio dell'acido lattico nel campo della Clinica dove finora era stato scarsamente preso in considerazione, e unanimemente riconosciuta l'importanza dei primi risultati conseguiti. La stessa Commissione ha pure ritenuto degno di lode il lavoro presentato da un altro concorrente, il dott. Carlo Crema, in cui sono esposti gli interessanti risultati di ricerche eseguite allo scopo di studiare le cause delle morti tardive per ustioni.

Su designazione della Commissione per il premio Giuseppe Sperino, il premio medesimo è stato assegnato al dott. prof. Carlo Bozzolo per il lavoro: « I tessuti interstiziali a secrezione interna del sistema genitale femminile. Loro istogenesi e

correlazioni ». Questa memoria che è a stampa di pag. 310 con 20 tavole microfotografiche è stata lodata per la diligenza con la quale l'A. ha condotto le sue ricerche e per le conclusioni alle quali è pervenuto fra cui la Commissione si è compiaciuta di rilevare particolarmente quelle che si riferiscono alla colorazione vitale, relativamente al comportamento degli elementi così detti reticolo-endoteliali nell'ovaio, nell'utero e nella mammella nel periodo della loro maggiore attività funzionale, ove a conferma delle osservazioni del Goldmann e di altri l'A. ha potuto dimostrare la grande ricchezza di tali elementi sopratutto nell'utero durante la gravidanza e nella mammella nel periodo dell'allattamento: fatto che egli ha esattamente interpretato mettendolo in rapporto con aumentate esigenze di scambi e di depurazioni, a conferma di un concetto generale recentemente sostenuto sopratutto dal Siegmund.

*
* *

La esigenza dell'Amministrazione postale.

Avvertiamo i lettori che dal N. 3 siamo stati costretti a numerare le pagine intercalate nel testo, contenenti le inserzioni a pagamento, in ordine progressivo con quelle del testo.

La distinzione tra pagine di testo e pagine di *réclame*, sta quindi nel colore diverso della carta.

Sottrarsi a quest'imposizione equivaleva, per un giornale di grande tiratura come il nostro, sottoporsi a spese postali insostenibili.

Dell'inconveniente grave gli abbonati debbono ritenere responsabile l'amministrazione postale.

Contro le disposizioni da questa adottate, la stampa medica da più anni ha reclamato con voce unanime. E di recente, a nome di tutti i periodici medici, ha protestato il nostro Redattore Capo, prof. Vittorio Ascoli.

Ai reclami il Ministero risponde, in diritto, affermando il dovere di applicare le disposizioni di legge, come se queste non potessero ristudiarsi, modificarsi, commisurarsi equamente alla realtà; risponde, in fatto, sospendendo quella relativa tolleranza che il buon senso aveva suggerito e stringendo i freni fino alla più rigorosa ed intollerabile applicazione delle norme regolamentari.

Nel momento in cui, sotto l'impulso del Fascismo, la medicina italiana viene rinnovandosi con magnifico fervore di lavoro e di fede, appare strano che la burocrazia si accanisca a vessare le pubblicazioni intese a sostenere e diffondere la coltura nazionale, di fronte alla stampa estera che porta la concorrenza in casa nostra, di fronte ai gratuiti giornali di *réclame* che imperversano a turbare la serena coscienza dei pratici.

Resta viva in noi la speranza che dall'Alto si guardi all'interesse della stampa medica nostrana e si disponga un sereno esame della questione, in modo che le esigenze dell'Amministrazione Postale non vengano a menomare il decoro del giornalismo medico italiano.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso internazionale di Oftalmologia.

Sotto gli auspici di un Comitato anglo-americano, si sono adunati a Scheveningen (Olanda) i delegati di numerose Società oftalmologiche, appartenenti a 26 Nazioni.

Fu deciso di ristabilire i Congressi internazionali di Oftalmologia. Il prossimo Congresso viene indetto ad Amsterdam per il settembre 1929. Ne sarà presidente onorario il dott. E. T. Collins e presidente effettivo il prof. Van der Hoeve. È stato costituito un Comitato internazionale permanente di otto membri; l'Italia vi è rappresentata dal prof. Ovio. Il Congresso si occuperà di problemi generali, come l'unificazione dei metodi per determinare il visus e il campo visivo e l'esame oftalmologico del personale addetto ai trasporti (ferrovieri, marinai, automobilisti ed aviatori).

Congresso Oftalmologico Italiano.

Il XXI Congresso dell'Associazione Oftalmologica Italiana avrà luogo a Palermo nei giorni 3-5 maggio. Il Comitato ordinatore è presieduto dal prof. Gaetano Lodato. Precederà un Congresso di igiene della scuola e di Patologia infantile, che si svolgerà a Napoli nei giorni 30 aprile e 1° maggio, sotto la presidenza del prof. Angelucci. Per le facilitazioni di viaggio si potrà fruire della tessera « Primavera Siciliana », che darà agio di visitare la Sicilia e di intervenire alla « Targa Florio » (6 maggio) ed alle feste di Persefone, che si svolgeranno in Agrigento dal 3 al 20 maggio sotto la direzione artistica di Ettore Romagnoli.

Si prega di mandare non più tardi del 10 aprile il titolo delle comunicazioni.

La quota di inscrizione al Congresso di Palermo, fissata in L. 50, dovrà essere spedita al cassiere prof. Vincenzo Accardi, R. Clinica Oculistica, Palermo.

Convegno di Medici Universitari a Tripoli.

Il Consorzio Nazionale delle Stazioni di cura, soggiorno e turismo, perseguendo l'obiettivo patriottico della valorizzazione di Tripoli quale soggiorno climatico invernale, in analogia colle affermazioni delle stazioni invernali francesi e inglesi del Nord-Africa che sono diventate emporî di turismo internazionale, ha promosso, in armonia colle vedute del Governo e con quelle del Comune di Tripoli, un Convegno di titolari universitari di medicina.

Partecipano al Convegno circa quaranta docenti che, assumendo diretta conoscenza della climatologia e della organizzazione ricettiva locale, diventeranno certamente assertori della attitudine di Tripoli ad assumere un degno ed utile posto fra le stazioni di soggiorno invernale nord-africane.

Riunione del gruppo radiologico centro-meridionale e siculo.

Ha avuto luogo a Napoli l'VIII Riunione dei radiologi del gruppo centro-meridionale e siculo, organizzata dal presidente della Società Italiana di Radiologia medica, dott. Pasquale Tandoja. Hanno partecipato alla riunione, con comunicazioni varie, numerosi componenti del gruppo, tra i quali: i proff. Busi, Attilj, Bianchini, Bioglio, Coleschi, Esdra, Milani, Parola, Saraceni, F. P. Sgobbo, Piccinino, Piergrossi, Spinelli, Arnone, il maggiore medico Vassalli, i dottori Santoro, Turano ed altri, di Roma, Catalano, Cardona, D'Istria, Gargiulo, Gianturco, Tullio, Vajano ed altri, di Napoli, De Luca, Nicotra, di Catania, ecc. Vi hanno preo parte anche professori non specialisti, tra essi: S. E. il prof. Raffaele Paolucci, della R. U. di Bari; il prof. Lubeschez, di Parigi; i proff. Pace, Chiarolanza, Sorrentino, Maiolo, la prof.ssa Kharina-Marinucci, di Napoli, ecc. Una gita ai Campi Flegrei fu animata dalla maggiore cordialità.

II Conferenza internazionale di ortofonetica.

Si è tenuta a Londra, ad iniziativa della « Central School of Speach Training and Dramatic Art », sotto la presidenza del laringologo G. Seccombe Hett.

Corso di perfezionamento in igiene.

Si terrà nella R. Università di Pavia, per aspiranti al posto di ufficiale sanitario, a partire dal 2 aprile, per la durata di due mesi. Modalità solite. Tasse complessive L. 357.50.

Corso di perfezionamento in pediatria.

A Düsseldorf avrà luogo dal 18 al 28 aprile un grande corso di perfezionamento sui « Progressi della medicina terapeutica dei bambini » per medici generici e pediatri; sarà organizzato d'intesa dal Comitato centrale per il perfezionamento medico in Prussia, dalla Società per i bambini lattanti e dal Comitato per la salute pubblica del distretto governativo di Düsseldorf. Le conferenze ed i corsi pratici avranno luogo in massima parte nella Clinica per bambini della Accademia medica di Düsseldorf; in parte si terranno anche nelle Case di salute prossime, come la Casa di salute per bambini tubercolosi in Aprath e la Casa per bambini storpi della provincia del Reno e gli istituti di « Essen ». Gl'insegnamenti saranno impartiti dai direttori delle cliniche e degli ospedali dell'ovest, assistiti da alcune autorità di Berlino.

Chiedere il programma dettagliato all'Ufficio del corso di perfezionamento sui « Progressi della medicina terapeutica dei bambini », Oststr. 15, Düsseldorf, Germania.

Lotta della C. R. I. contro la malaria

Il periodico « La Croce Rossa Italiana » consacra per intero il n. 5-6 (settembre-dicembre) del 1927 alla lotta contro la malaria. Il bel fascicolo, di 64 pagine, artisticamente illustrato, reca una lucida esposizione del prof. Baduel sul contributo della C. R. I. alla lotta contro la malaria e da essa emerge quanto sia stata attiva e preziosa l'opera svolta in questo campo; V. de Minn rievoca il culto della Dea Febbre; Lucio d'Ambra rivolge un efficace appello alla gioventù italiana; il fascicolo contiene altri pregevoli contributi ed è completato dalle cronache della Croce Rossa.

La lotta contro il cancro negli Stati Uniti.

L'« American Society for the Control of Cancer » ha aperto una pubblica sottoscrizione per la raccolta di fondi; alla fine del 1927, cioè nel corso di un anno, questa campagna aveva già reso 1 milione di dollari, pari a 17 milioni di lire it.

La Società ha sede a New York, Seventh Avenue 370; essa organizza delle Sezioni in tutti gli Stati dell'Unione; a loro volta, le Sezioni organizzano dei Comitati di Contea, che conducono delle campagne per la prevenzione del cancro e per l'educazione del pubblico.

Per il nuovo Ospedale di Milano.

Il Consiglio degli Istituti Ospitalieri ha ratificato la relazione della Commissione che esaminò i 26 progetti presentati al concorso per questo grandioso nuovo Ospedale, assegnando i primi tre premi a quelli contrassegnati dai motti: *Nord est-Sud est* (ing. Bertolaia e arch. Carnelli); *Salus infirmorum* (geom. Rubini e ing. Spandri); *Sic vos* (ingg. Chiodi e Merlo e dott. Brazzola).

Nuovo Ospedale francese a New York.

È stato approvato il progetto per la costruzione di un nuovo Ospedale francese a New York; esso sorgerà nella West Thiertieth Street 324-340, consterà di 14 piani, importerà la spesa di 1 milione e mezzo di dollari (25 milioni di lire it.) e sarà destinato alle classi mediche. È questo il terzo ospedale costruito dalla Società francese di mutuo soccorso; il primo sorse sulla West Fourteenth Street 131 nel 1881; fu poi sostituito da un secondo, sulla West Thirty-Fourth Street 450; fino al 1902 esso accoglieva solo pazienti di nazionalità francese, ma poi vi furono ammessi pazienti di tutte le nazionalità (nel 1926 i ricoverati appartennero a 55 nazionalità, in prevalenza americani); i pazienti poveri vi sono accolti e trattati gratuitamente.

Nuovo Istituto per il cancro a New York.

La « New York Cancer Association » ha acquistato per la somma di tre milioni e mezzo di dollari un grattacielo di ventisette piani, « Hudson Tower », nel quale troveranno posto la clinica del cancro, con 400 letti, l'ambulatorio per cancerosi con servizi per 500 visite al giorno, i laboratori per le più varie ricerche e una sezione di propaganda fra il pubblico. La spesa complessiva è preventivata in 25 milioni di dollari. Si noti che nella sola città di New York (compresi i sobborghi) esistono circa 25,000 malati di cancro.

Un Istituto Röntgen per la veterinaria.

A Vienna la fondazione Rockefeller ha recentemente dotato la Scuola Superiore Veterinaria di un completo Isituto Röntgendiagnostico e Röntgenterapico, che è stato annesso alla Clinica Medica Veterinaria.

La direzione ne è stata affidata al dott. Luigi Pommer, allievo di Holzknecht.

Riorganizzazione dell'insegnamento medico a Lione.

La Fondazione Rockefeller ha informato il sindaco di Lione di garentire all'Università di Lione la somma di 41,206,000 franchi (1,648,240 dollari), da essere impiegata per la costruzione di edifizi destinati alla Facoltà di medicina e farmacia, a condizione che venga fornita la somma di altri 15 milioni di franchi dal Governo o per altra via. In seguito a questa comunicazione, il presidente del Consiglio dei ministri, d'intesa col ministro della P. I., ha disposto lo stanziamento di 12 milioni di franchi, pagabili in tre annualità. Rimangono da coprire 3 milioni di franchi.

Le nuove costruzioni della Facoltà sorgeranno in vicinanza del grandioso ospedale Grauche-Blanche, che viene costruito dal municipio di Lione e che importerà la spesa di 100 milioni di franchi. In tal modo verrà ad aversi una cooperazione tra ospedale e istituti universitarî.

Per l'insegnamento della medicina in Oriente.

In una riunione tenutasi a New York, alla quale parteciparono 600 persone interessate allo sviluppo della « Near East College Association », fu annunziato, tra l'altro, la donazione di 1 milione di dollari fatta dalla Rockefeller Foundation per dare incremento all'Università Americana di Beirut (Palestina); un quarto di questa somma potrà essere destinata alla costruzione e all'arredamento di edifizi; il resto dovrà servire pel funzionamento. Un'altra donazione di 1 milione di dollari fu annunziata dall'amministrazione del compianto dott. Charles Hall, il quale morì nel 1914, dopo aver fatto una grande fortuna con la produzione dell'alluminio. È ora in corso una campagna per elevare i fondi a 15 milioni di dollari, pari a un quarto di miliardo di lire it.

I premi della « Deutsche ».

Al principio del 1927 la « Deutsche Mediz. Wochenschrift » bandì un concorso a premi sul tema « Il migliore corso per l'insegnamento medico, in particolare per la formazione del medico pratico ». Al concorso erano ammessi soltanto medici pratici. I premi importavano marchi-oro 1000, 300 ed altre somme minori. Il concorso si è chiuso in ottobre. Sono state presentate solo 16 memorie; la commissione ha deciso che nessuna merita il primo premio; quattro memorie, giudicate di pari grado, hanno ricevuto il secondo premio; a tre altri concorrenti sono stati assegnati i premi minori. La « Deutsche » viene ora pubblicando le memorie premiate.

Una Scuola in alta montagna.

Da Milano sono partiti ventiquattro ragazzi, diretti al Villaggio Alpino del Touring, verso le falde del monte Piambello, a 950 metri di altezza. Essi vanno a compiere il corso scolastico nel clima che più si addice alle loro condizioni fisiche, essendo stati scelti dal dott. Albertini fra quelli proposti dai vari medici ispettori scolastici come più bisognosi di cure rigenerative. Per la scelta di questi pochi, che in seguito potranno aumentare, furono seguiti i concetti di povertà, di gracilità organica e di predisposizione alla tubercolosi. E tutto ciò dimostra la bontà della iniziativa di cui va dato merito alla Autorità del Comune e alla Direzione del Touring che mise a disposizione per questo primo esperimento il bellissimo e minuscolo villaggio ove ogni estate, in tre turni, vanno a soggiornare circa 300 bambini, scelti fra i più poveri e i più gracili delle Scuole del Comune di Milano.

L'isola dei fanciulli in Svezia.

È ben noto lo sviluppo che da lunghi anni la cultura fisica ha preso in Svezia. A Stoccolma le colonie infantili estive raccolgono 10,000 fanciulli, suddivisi in parecchie categorie: allievi delle scuole elementari e secondarie, figli di professionisti disagiati, ecc.

Un'isola di 500 ettari al nord dell'arcipelago di Stoccolma, l'« isola dei fanciulli », è stata messa in condizione di poter ospitare questi diecimila fanciulli in 72 colonie. Convivono inoltre 251 sorveglianti, medici e nutrici.

Questa creazione è l'opera di un grande filantropo scandinavo, Eliasson.

Un gran numero di casette di legno (ciascuna per 16 ragazzi) sono state costruite in quest'isola incantata: sale da pranzo, con tavolini per 4 ragazzi, sono installate attorno alla grande cucina centrale.

L'alimentazione è appropriata alle condizioni di ciascuno; cure di aria, di sole, bagni coadiuvano l'azione tonificante di questo soggiorno, che dà risultati eccellenti, come è facile immaginare.

Una grave perdita colpisce la Sanità Militare con la morte del gen. med. GIOVANNI MEMMO, avvenuta a soli 57 anni.

Nato da una delle più fulgide famiglie del patriziato veneto, fin da giovinetto dimostrò grande passione per la medicina. Da studente conseguì un gran numero di premi e borse di studio, come se ne hanno pochi esempi.

Laureatosi giovanissimo, si dedicò subito allo studio delle malattie sociali ed in breve acquistò meritata fama di malariologo.

È stato autore di numerose pubblicazioni di grande pregio in biologia e in igiene.

Conseguì presto la libera docenza in igiene.

Nel 1903 fu inviato in Eritrea dove fabbricò un siero il quale potette domare una malattia che decimava il bestiame. Ottenne per questo la Croce

di Cavaliere della Stella d'Italia al merito dei benemeriti delle Colonie.

Fu insignito di una medaglia d'argento al merito della Sanità Militare e di due al merito della Salute Pubblica; inoltre di una medaglia d'argento per il terremoto siculo-calabro e di numerose onorificenze estere.

In Zona di Guerra fu addetto alla Direzione Superiore dei Servizi Profilattici.

Fu per molti anni Capo Divisione alla Direzione Centrale della Sanità Militare. Attualmente era Generale Medico, Ispettore della Terza Zona di Napoli.

Era Generale con due promozioni per meriti eccezionali e su lui, la Sanità Militare e la Patria, potevano riporre le maggiori speranze.

B.

Il 22 settembre u. s. si è spento il prof. EDOUARD KIRMISSON, primo titolare della cattedra di Chirurgia infantile e ortopedica a Parigi.

Tempra di lavoratore instancabile ha consacrato la Sua vita intera al progresso della chirurgia dell'apparato motore, cui si era dedicato fin dal Suo primo servizio ospitaliero: fu Lui a creare il primo reparto di ginnastica che sia stato organizzato negli Ospedali di Parigi. Chirurgo all'Ospedale degli Enfants-Assistés fonda nel 1890 la Revue d'Orthopedie.

Sorto nel 1891 l'Ospedale degli Enfants-Malades Egli viene nominato titolare di cattedra, e tale posto conserva fino al momento in cui fu giunta anche per lui l'ora del meritato riposo. Riposo che lo allontanò ma non lo distolse dal lavoro prediletto, ed egli continuò a interessarsi alla Rivista e a prender parte alle riunioni annuali della Società francese di Ortopedia, pure da lui fondata nel 1919.

Difficile è ricordare in breve la sua opera: se a Lui non si debbono delle vere e proprie scoperte troviamo il Suo nome legato ad argomenti diversi nei più svariati campi della chirurgia generale e dell'ortopedia.

A Lui dobbiamo l'uncino per estrazione di monete dall'esofago che ogni chirurgo conosce. Fu fin dal 1884 un volgarizzatore della conoscenza della spina bifida occulta. Studiò fra i primi le così dette scoliosi paradosse. Si occupò da par suo della conicità fisiologica dei monconi. Dimostrò l'utilità dell'osteotomia sottotrocanterica nelle lussazioni congenite inveterate acquisite dell'apparato locomotore durante l'infanzia e l'adolescenza.

Convinto che con l'avvento della chirurgia asettica l'antica Ortopedia doveva abbandonar le vecchie vie per fare posto a una concezione più vasta della specialità Egli parlò nella sua prima lezione della Chirurgia ortopedica, come di una branca della medicina nella quale atti chirurgici cruenti e incruenti e successive cure di apparecchi dovevano trovare il posto che loro volta a volta competeva.

Alcuni anni più tardi perfino la parola Ortopedia scompariva dal titolo del suo libro fondamentale, che egli chiamò Chirurgia dell'apparato locomotore.

Questa la vita e l'opera del maestro che sarà ricordato fra i padri della moderna chirurgia degli organi del movimento.

E. V.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

Nuove pubblicazioni della nostra Casa Editrice:

DOTT. PROF. PIETRO GILBERTI

Libero Docente di Clinica Chirurgica nella R. Università di Milano.
Direttore della Sezione Chirurgica dell'Istituto Palazzolo - Bergamo.

Gastropatie e Gastroenterostomia

Studio clinico radiologico operativo

(Con 4 radiografie e 6 disegni semischematici originali di Anatomia Chirurgica, nonchè la Storia e la bibliografia sull'argomento dal 1881, epoca della prima gastroenterostomia, ad oggi).

SOMMARIO. — PREFAZIONE, pag. 7. — INTRODUZIONE, pagg. 13-14. — **Notizie storiche sulla gastroenterostomia**, pagg. 15 a 20. — Cap. I. *Fisiologia gastroduodenale dopo la gastroenterostomia*, pagg. 21-22. — § *a*) Ricordi principali sulla fisiologia della digestione, pag. 23 a 28. — § *b*) Considerazioni sintetiche sulla fenomenologia digestiva dopo la gastroenterostomia, pagg. 29 a 36. — Cap. II. *Le più estese indicazioni della gastroenterostomia*, pagg. 37 a 40. — § *a*) La g. e. nella cura dell'ulcera gastroduodenale e i concetti pratici riguardo al più adatto momento per intervenire, pagg. 41 a 51. — § *b*) La g. e. operazione radicale e specifica delle stenosi intrinseche del piloro è di alto valore terapeutico anche nelle stenosi estrinseche (peripiloriti e periduodeniti), pagg. 52 a 55. — § *c*) Indicazioni della g. e. nella cura dello stomaco a clessidra, pagg. 56 a 62. — § *d*) Le indicazioni della g. e. nella cura della gastroptosi primaria, pagg. 63 a 68. — § *e*) Nella cura del morbo di Richmann, pag. 69. — § *f*) Il valore relativo della g. e. nel cancro del piloro, pag. 69. — § *g*) A proposito della diagnosi precoce e della lotta contro il cancro, pagg. 70 a 76. — Cap. III. *Il metodo di tecnica che meglio risponde ai principî meccanici e funzionali della g. e.*, pagg. 77-78. — § *a*) Rapido sguardo ai metodi fondamentali di g. e. e alle loro generiche modificazioni, pagg. 79 a 89. — § *b*) Illustrazioni del metodo di Petersen, pagg. 90-91. — § *c*) Descrizione della tecnica operativa, pagg. 92 a 97. — § *d*) Sopra alcuni esiti operativi (dalla casistica personale), pagg. 98 a 106. — **Appendice:** Il periodo pre- e post-operativo, pagg. 107 a 112. — **Conclusioni,** pagg. 113 a 115. — BIBLIOGRAFIA, pag. 115.

Un volume, nitidamente stampato su ottima carta, di 125 pagine (N. 19 delle nostre Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità: Collezione del «Policlinico»). Prezzo L. **15.**
Per i nostri abbonati sole L. **13,90** in porto franco.

Libro indispensabile ad ogni medico:

Dott. GIOVANNI LORENZINI.

Teoria delle VITAMINE e sue applicazioni

Saggio di Vitaminologia.

Prefazione di CHARLES RICHET.

Edizione italiana aggiornata e completa.

SOMMARIO. — PREFAZIONE. — INTRODUZIONE. — Cap. I. Dati Storici, pagg. 11 a 26. — **Le vitamine in Fisiologia:** Cap. II. Vitamine e metabolismo proteico, pagg. 27 a 30. — Cap. III. Vitamine e metabolismo delle sostanze ternarie, pagg. 31 a 37. — Cap. IV. Vitamine e ricambio dei sali minerali, pagg. 38 a 41. — Cap. V. Vitamine e secrezioni interne, pagg. 42 a 46. — Cap. VI. Vitamine e funzioni organiche diverse, pagg. 47 a 57. — **Essenza delle vitamine:** Cap. VII. Natura e significato biologico delle vitamine, pagg. 58 a 61. — Cap. VIII. Classificazione critica delle vitamine, pag. 62. — **Le vitamine in Patologia:** Cap. IX. Classificazione delle Avitaminosi, pag. 69. — Cap. X. Avitaminosi e disvitaminosi, pagg. 70 a 73. — Cap. XI. Avitaminosi classiche, pagg. 74 a 87. — Cap. XII. Avitaminosi fruste, pagg. 88 a 97. — Cap. XIII. Ipovitaminosi relative, pagg. 98 a 103. — **Applicazioni delle vitamine:** Cap. XIV. Terapia e farmacologia, pagg. 104 a 111. — Cap. XV. Le vitamine nella igiene e nella puericoltura, pagg. 112 a 114. — BIBLIOGRAFIA, pagg. 115 a 124.

Volume in-8°, di 128 pagine, con 23 figure nel testo, nitidamente stampato su carta semipatinata. Prezzo L. **10** più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. **8,** in porto franco.

Altra pubblicazione di attualità:

Dott. Prof. GIOVANNI PETELLA - Generale Medico di Marina

CEREALI e VITAMINE

Studi Sintetici su alcuni problemi di alimentazione

INDICE-SOMMARIO: CAP. I. - Frumento e pane quotidiano, pag. 1 a 38. — CAP. II. - Il riso nella cerealicoltura e nell'alimentazione, pag. 39 a 59. — CAP. III. - Di alcuni altri cereali maggiori e di due minori, pag. 60 a 81. — CAP. IV. - Di due questioni alimentari: l'una patologica, l'altra normale, pag. 82 a 109. — CAP. V e VI. - La questione delle vitamine, pag. 110 a 155.

Un volume in-8°, in nitidissima veste tipografica, prezzo L. 16.
Per i nostri abbonati sole L. 13,90 in porto franco.

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia Postale o Cheque Bancario all'editore LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA

ANNO XXXV Roma, 5 Marzo 1928 Fasc. 9

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE

R. ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DI ROMA
diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI

L'Hippus respiratorio nelle affezioni del mediastino

per il dott. FRANCESCO TONIETTI, aiuto volontario.

Nel 1903 Roch (1) richiamò l'attenzione sopra un particolare fenomeno pupillare osservato in un paziente affetto da aneurisma dell'arco dell'aorta, complicato da aderenze mediastiniche, pleuriche e pericardiche. Il fenomeno consisteva in oscillazioni dell'ampiezza della pupilla, che si manifestavano sincronamente cogli atti respiratori, e cioè mentre nell'inspirazione la pupilla si dilatava, nell'espirazione si restringeva. A questo fenomeno, che si verificava in modo continuo ed era bilaterale, Roch dette il nome di *Hippus respiratorio*.

Per quanto a me consta, la interessante osservazione di Roch è restata unica, non essendo riuscito a rintracciare nella letteratura esistente osservazioni analoghe.

Avendo avuto occasione di riscontrare il fenomeno in tre casi di affezioni del mediastinico, non ho creduto privo di interesse richiamarvi ancora l'attenzione sia per la scarsità di simili osservazioni, sia perchè l'interpretazione del fenomeno non è del tutto chiarita.

Premetto alcune notizie sui casi in discussione, tralasciando, per ragioni di brevità, quei dati che non hanno importanza per il nostro argomento.

CASO I. — Sab. Adele, anni 48, da Gioia de' Marzi. Entra in Clinica medica il 2 novembre 1927.

L'inferma fa rimontare le sue sofferenze al giugno 1927, quando cominciò ad avvertire insolita difficoltà di respiro, facilità straordinaria alla sudorazione, a cui in breve volger di tempo si aggiunse: tosse stizzosa con scarso escreato, senso di peso e di tumefazione al capo, vertigini, corizza insistente. In queste ultime settimane, oltre la esacerbazione dei sintomi suddetti, ha notato che il collo è aumentato considerevolmente di volume, che il viso e la parte superiore del tronco si sono arrossati e tumefatti. Spesso ha avuto nella notte gravi accessi di dispnea.

Obiettivamente i sintomi più rilevanti erano rappresentati: facies congesta e tumida. Con-

(1) ROCH. *Un cas d'Hippus respiratoire*. Thèse de Genève, 1903.

giuntive iniettate. Regione mentoniera succolenta e pendula. Collo corto notevolmente ingrossato (collare di Stokes). Giugulari notevolmente turgide. Reticolo venoso evidente e diffuso in tutta la parte superiore del torace. Edema teso della metà superiore del tronco e specialmente degli arti superiori. Nelle regioni latero-cervicali del collo presenza di alcune linfoghiandole piccole, dure, indolenti, spostabili, dispnea intensa. Tosse da compressione.

A destra, in corrispondenza della regione scapolo-vertebrale e della fossa sopra e sotto spinosa, ottusità alla percussione con fremito vocale tattile aumentato e con soffio bronchiale. A sinistra, nella regione scapolo-vertebrale, suono ridotto, respiro indeterminato a carattere soffiante. Polso frequente ritmico. Toni cardiaci piuttosto deboli alla punta, non rumori abnormi. Temperatura normale.

Esame laringoscopico: motilità delle corde vocali, normale; lieve deviazione dell'asse laringotracheale a destra.

Esame radiologico: opacità completa e uniforme di tutto il lobo superiore destro compreso l'apice. Tale opacità appare a margine inferiore perfettamente netto e rispetta l'interlobo.

Negativo *l'esame ematologico.*

Esame dell'occhio: *Pupille di ampiezza normale, simmetriche a contorno regolare. Reazione torpida alla luce e all'accomodazione. Le pupille presentano continue e ritmiche oscillazioni di ampiezza sincrone con gli atti respiratori: cioè dilatazione nell'inspirazione, restringimento nell'espirazione. Il fenomeno, non influenzato dall'ampiezza che la pupilla assumeva per il riflesso alla luce e all'accomodazione, è bilaterale e si compie regolarmente senza sbalzi e interruzioni.*

CASO II. — Zep. Maria, di anni 30, da Roma. Entra in Clinica medica il 30 novembre 1927.

La paziente fa risalire l'inizio dell'attuale malattia al settembre 1926, epoca nella quale cominciò ad accusare: facile esauribilità nei lavori abituali, cefalea, sudorazioni notturne profuse, dimagramento lento e progressivo. Nel maggio 1927 si accorse di una tumefazione dura, indolente, alla base del collo, nella regione carotidea destra, che andò aumentando di volume e a cui seguì un progressivo inturgidimento delle giugulari. A poco a poco questa tumefazione si diffuse a tutto il collo a mo' di collare. L'aumento del gonfiore si accompagnò a vertigini, dispnea, senso di peso e di calore alla testa. Da vario tempo febbre che insorgeva nelle ore pomeridiane e cadeva nella notte con profusi sudori.

Obbiettivamente i sintomi rilevanti erano rappresentati da: pomelli e prolabi modicamente cianotici. Collo corto notevolmente ingrossato e tumefatto. Giugulari turgide. Nelle regioni laterali del collo, specie a destra, si rileva la presenza di una notevole intumescenza occupante la regione carotidea e parte di quella mastoidea e parotidea. Alla palpazione la tumefazione appare costituita da un ammasso di linfoghiandole della grossezza di una noce, di consistenza dura, indolenti, aderenti in profondità. Reticolo venoso superficiale evidente diffuso nella parte superiore del torace, più manifesto nella regione anteriore e nelle ascelle. Modica dispnea. Tosse. Nella faccia posteriore del torace, in corrispondenza della regione interscapolo-vertebrale, suono ottuso, che si estende in basso, a sinistra, fino a tre dita al di sotto della spina della scapola, a destra fino a due dita al di sopra. Anteriormente ottusità retro sternale. Su tutta questa zona di ottusità il fremito vocale tattile è nettamente rinforzato, respiro a carattere indeterminato. In corrispondenza della spina della scapola sinistra soffio bronchiale. Negativo l'esame dell'apparato circolatorio. Esiste un notevole tumore di milza.

All'*esame ematologico* si nota un certo grado d'anemia con i caratteri dell'anemia secondaria. R. W. negativa.

Esame radiologico del torace: Grossa ombra mediana sopra-cardiaca a densità leggermente superiore a quella del cuore, che dalla prima dorsale si porta in basso fino a confondersi con l'ombra cardiaca stessa. Lateralmente tale ombra deborda sia a destra che a sinistra di due o tre dita trasverse. Il margine esterno di tale ombra decorre netto e regolare parallelamente all'ombra dello sterno fino in corrispondenza del margine superiore dell'articolazione condro-sternale della quinta costa. A sinistra l'ombra decorre con leggera convessità verso l'esterno fino al margine inferiore dell'articolazione condrosternale della terza costa. In tali due punti l'ombra sudescritta viene a confondersi con l'ombra cardiaca.

Esame dell'occhio: *Pupille di ampiezza normale, simmetriche a contorno regolare bene reagente alla luce e all'accomodazione. Le pupille presentano oscillazioni ritmiche dell'ampiezza sincrone con il respiro come nel caso precedente. Il fenomeno, per quanto si presentasse talora con maggiore o minore intensità, era continuo e bilaterale.*

CASO III. — Pers. Giuseppe, di anni 64, da Roma. Entra in Clinica medica il 7 novembre 1927.

Fu ricoverato una prima volta in Clinica medica nel febbraio del 1922, dove fu constatata la presenza di un aneurisma dell'arco dell'aorta.

L'esame obiettivo clinico e radiologico confermava la diagnosi di aneurisma della porzione ascendente dell'arco dell'aorta. Oltre alla sintomatologia determinata da questa affezione, si notavano *oscillazioni ritmiche dell'ampiezza della pupilla, sincrone con i movimenti respiratori, come nei due casi precedenti, però meno accentuati che in questi.*

*
* *

Anche dal breve riassunto che ho dato delle storie cliniche degli ammalati, risulta chiaro il fatto che nei nostri pazienti si trattava di affezioni del mediastino. Per il II e il III caso la diagnosi rispettivamente di *linfogranulomatosi mediastinica* e di *aneurisma dell'arco dell'aorta*, era indubbia. Per il primo invece, pur essendo sicura l'esistenza di affezione mediastinica, ne è restata incerta la natura.

Il fatto che a noi interessa e che era comune a tutti e tre gli infermi, è rappresentato dalle ritmiche modificazioni dell'ampiezza pupillare in

relazione con gli atti respiratori, e più precisamente in una dilatazione della pupilla in rapporto con l'atto inspiratorio ed in un successivo restringimento con l'atto espiratorio. Queste ritmiche oscillazioni non erano influenzate dall'ampiezza che la pupilla assumeva per il riflesso alla luce, alla convergenza all'accomodazione; erano bilaterali e si compievano regolarmente e gradatamente senza bruschi sbalzi e interruzioni. La loro intensità variava con quella della respirazione; una inspirazione forzata produceva una midriasi più considerevole. Il fenomeno, per quanto si presentasse talora con maggiore o minore intensità, era continuo nei primi due infermi. Solo nel caso di aneurisma dell'aorta in qualche momento appariva meno chiaro e si riusciva a metterlo in evidenza a luce moderata e facendo compiere delle profonde inspirazioni.

Da quanto sopra ho riferito risulta come il fenomeno da noi descritto corrisponda fino nei minimi particolari a quanto Roch ha messo in rilievo nel suo caso. Ed anche l'interpretazione che Roch, come vedremo, dà del fenomeno, a me sembra la più verosimile.

È noto che la pupilla può andare soggetta ad oscillazioni di ampiezza più o meno ritmiche per cause sia fisiologiche che patologiche. Tra queste ultime hanno richiamata in particolare l'attenzione quelle che sono legate ad alterazioni sia funzionali (hippus neurastenicus), sia organiche del sistema nervoso, che vanno sotto il nome di hippus (hippus epilettico, della demenza paralitica, della sclerosi a placche).

Nel nostro caso non si tratta evidentemente di oscillazioni di questa natura, sia perchè nei pazienti non abbiamo riscontrato nessun fatto che facesse pensare ad una lesione organica o funzionale del sistema nervoso, sia perchè l'hippus non aveva il carattere di irregolarità, come si osserva in questi casi, ma al contrario era strettamente legato cogli atti respiratori. Quindi è nel fatto respiratorio che bisogna cercare con ogni verosimiglianza la causa del fenomeno.

Non ci sembra ammissibile considerare il fenomeno come un atto riflesso determinato da stimolazioni, che si esercitino ritmicamente sul simpatico toracico ad ogni atto inspiratorio. La costanza del fenomeno che si presenta con gli identici caratteri per un lungo periodo di tempo, la bilateralità, la perfetta eguaglianza pupillare che persiste anche nelle variazioni di ampiezza, sono tutti elementi che parlano contro la origine simpatica del fenomeno. È noto invece che l'atto respiratorio può avere un influsso sull'ampiezza delle pupille indipendentemente dall'azione nervosa.

Su questo fatto ha richiamato per primo l'attenzione Kussmaul (2), il quale mise in rilievo come nell'uomo normalmente l'atto inspiratorio coincide con una lieve dilatazione pupillare (*midriasi inspiratoria*). Questo fenomeno, confermato da vari altri autori (Coccius, Mosso, Vigoreux, ecc.), non è stato interpretato in modo univoco. Così, per esempio, mentre secondo Bumke (3) ogni oscillazione del diametro pupillare deve considerarsi senza restrizione di natura nervosa, altri invece come Kussmaul stesso, Coccius (4), Mosso (5), considerano il fenomeno come dovuto a modificazioni della pressione vascolare legata a l'atto respiratorio. Anche il Samaja (6), in una recente pubblicazione sull'argomento, nega che le modificazioni respiratorie della pupilla siano dovute ad un fatto riflesso e le mette in rapporto con le variazioni circolatorie determinate dal respiro. A conferma di questa interpretazione del fenomeno, l'autore riporta osservazioni personali di persistenza della midriasi inspiratoria in un caso di paralisi del simpatico cervicale, in un caso di oftalmoplegia totale con rigidità pupillare totale, in numerosi casi di Argyll-Robertson ed in un caso di paralisi della sola accomodazione consecutiva all'encefalite epidemica.

Quindi l'interpretazione più verosimile e quella che oggi riscuote il maggior favore, è che la midriasi inspiratoria, come già aveva sostenuto Kussmaul, sia indipendente da ogni influsso nervoso e sia legata invece alle variazioni circolatorie determinate dal respiro.

A questo proposito il Samaja fa giustamente osservare che « se l'inspirazione produce una diminuzione di pressione nel circolo e consecutivamente a ciò una diminuzione di volume degli organi, non può sottrarsi a questa influenza l'iride organo eminentemente vascolare ». L'esistenza di una midriasi inspiratoria legata con ogni verosimiglianza alla funzione circolatoria, a me sembra possa agevolare l'interpretazione del fenomeno da noi riferito, il quale in fondo non viene ad essere che l'esagerazione di un fatto fisiologico.

Infatti, se anche normalmente le modificazioni nella pressione sanguigna che si verificano in condizioni fisiologiche ad ogni atto inspiratorio, sono in grado di determinare delle oscillazioni ritmiche nell'ampiezza delle pupille, nulla ci impedisce di pensare che in alcuni processi morbosi,

---

(2) KUSSMAUL. Citato da ROCH.
(3) BUMKE. Wilbrand u. Saenger, vol. IX, 1922.
(4) COCCIUS. Citato da ROCH.
(5) MOSSO. Citato da SAMAJA.
(6) SAMAJA. *Pupille e respiro*. Note e riv. di Psichiatria, vol. X, 1922.

nei quali l'azione meccanica del respiro sul circolo si rende molto più intensa, divengano anche più evidenti le normali oscillazioni dell'iride legate al respiro.

Nei nostri casi ci sono parecchie circostanze le quali possono giustificare il maggiore influsso dell'atto respiratorio sulla circolazione.

Noi abbiamo visto che in tutti i nostri pazienti esisteva una forte stasi venosa in relazione all'azione meccanica esercitata sui vasi mediastinici e principalmente sulla vena cava superiore.

Durante l'atto inspiratorio per il diminuire della pressione intratoracica, si rende meno intensa l'azione meccanica dell'ostacolo e il deflusso venoso, fino a questo istante fortemente difficoltato, si compie con maggiore facilità, determinando un rapido svuotamento sanguigno, svuotamento che viene anche ad essere agevolato dalla pressione positiva a cui si trova assoggettato il circolo venoso della cava superiore all'inizio dell'atto inspiratorio.

È appunto in questa momentanea e rapida deplezione del circolo venoso che si deve ricercare la ragione della diminuzione di volume dei capillari iridei, causa della dilatazione pupillare.

L'inverso si verifica evidentemente nell'atto espiratorio.

Anche l'aumento di volume dei vasi iridei, determinato dalla stasi venosa, deve con ogni probabilità contribuire a rendere manifeste le oscillazioni di ampiezza delle pupille, analogamente a quanto si verifica per i vasi venosi del collo, le oscillazioni dei quali si rendono solo evidenti in presenza di stasi venosa.

È questa in fondo la spiegazione del fenomeno che dà Roch, il quale nel suo caso dà una particolare importanza al fatto che oltre l'aneurisma esistevano numerose aderenze pleuriche mediastiniche e pericardiche, le quali avrebbero meccanicamente reso più intenso l'influsso degli atti respiratori sulla circolazione. È probabile che l'esistenza di queste briglie possa agevolare la comparsa del fenomeno, ma a me non sembra che debbano avere l'importanza preponderante attribuita loro da Roch, e che a determinare il fenomeno sia sufficiente l'esistenza di una compressione sui vasi mediastinici. Ma prescindendo dal fatto se l'interpretazione fisiopatologica data del fenomeno sia giusta o no, a me sembra che ad esso si debba attribuire un certo valore dal punto di vista della diagnosi delle affezioni del mediastino, ed è probabile che esso si verifichi in queste affezioni più frequentemente di quello che attualmente non appaia.

Roma, 8 febbraio 1928.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sulla terapia dei tumori maligni.

Nota sul metodo del senatore prof. Roberto Rampoldi

pei dott. HANS AULER, BRUNO MENDEL e FRANCESCO PAOLO TINOZZI.

Ci è stato affidato l'onorifico incarico di riferire brevemente sui lavori scientifici del compianto senatore prof. Roberto Rampoldi, riguardanti una speciale terapia da lui ideata per la cura dei tumori maligni. Con ciò noi ottemperiamo anche ad un desiderio del compianto scienziato con l'augurio che le sue ricerche trovino studiosi, che sperimentino ulteriormente il metodo, apportando ad esso quelle modifiche che le moderne ricerche sulle neoplasie maligne consiglieranno.

Nell'ottobre 1906 il prof. Rampoldi iniziò ricerche regolari sul potere dello jequirity (*Abrus praecatorius*) nei carcinomi cutanei. L'A. però aveva intrapreso sin da 4-5 anni prima le ricerche, facendo uso del semplice macerato, e solo più tardi fece preparare delle capsule gelatinose contenenti un estratto del glucoside dell'*Abrus* (abrina) in diversa concentrazione, e fece uso del glucoside mescolato ad eccipienti varii (pomate, ecc.). In molti casi i preparati di abrina vennero applicati con un pennello sui tumori ulcerati della pelle, delle labbra, delle palpebre, della mucosa boccale e della lingua, più di rado furono iniettati in piccola dose direttamente nella massa tumorale. In un caso di sarcoma del naso fu iniettato nel tumore la sesta parte di una goccia della soluzione madre di abrina; l'ammalato rispose con febbre alta e fenomeni di depressione generale, ed il tumore in pochi giorni si ridusse alla metà. Uguale risultato si ebbe in un caso di carcinoma uterino. Come fenomeni caratteristici che fanno seguito al trattamento, l'A. parla del dolore che diminuisce notevolmente, del cattivo odore delle secrezioni che cessa completamente, e delle condizioni generali che migliorano in modo sensibile. Dopo l'applicazione, cessano anche le emorragie. Questi fatti furono osservati in tre casi di tumore della lingua, delle gengive e dell'utero. Anche notevoli fra i casi curati dal Rampoldi e da altri Autori, che sono all'incirca una cinquantina, sono i casi del Bauis, che potè notare come la cicatrice che segue a questo genere di cure è molto più piccola di quella che si ha in seguito ad applicazione di sostanze caustiche varie, e dopo l'intervento operativo. Importanti sono le osservazioni istologiche del Grignolo della Clinica dell'Università di Genova, il quale notò una no-

tevole neoformazione di tessuto connettivo, che in un primo tempo è lasso-fibrillare e più tardi denso, compatto. Il tessuto cancerigno è infiltrato da elementi infiammatori e mostra più tardi notevoli fenomeni degenerativi. L'A. crede perciò che il medicamento non abbia solo azione infiammatoria, ma abbia anche un potere elettivo per le cellule cancerigne, nel senso che la sostanza attiva dello jequirity (secondo Rampoldi una tossialbumina con proprietà di fermento) ha azione distruttiva solo sulle cellule cancerigne e stimola a neoformazione le cellule sane. Questo A. ritiene, ed il Traina espresse la stessa idea in una discussione alla quale partecipò anche il Golgi, che nell'applicazione locale del medicamento sono influenzate solo quelle cellule tumorali che vengono a contatto col medicamento, e che le parti più profonde del tumore, per una forte proliferazione di tessuto connettivo, sono distaccate dalla superficie ulcerante, e perciò non di rado è reso possibile una ulteriore diffusione come mostrano le cellule in cariocinesi che di frequente colà si trovano.

Su di un caso affetto da cancro furono eseguite ricerche al fine di trovare la dose sufficiente di jequirity. Con dosi progressivamente crescenti, si riuscì ad abituare il cane alla dose di un grammo di sostanza. L'osservazione del tumore di quest'animale mostrò trattarsi di un grosso epitelioma del labbro e della mascella inferiore; e all'autopsia si rilevò che in seguito alla cura, il tumore presentavasi duro, stridente al taglio, ricchissimo di connettivo in tutta la sua estensione.

In un caso di carcinoma delle palpebre, studiato istologicamente, fu iniziata la cura con l'applicazione di cinque capsule gelatinose sulla superficie ulcerante; seguì una violenta reazione sul tumore, iperemie ed edema che non provocarono però sofferenze al paziente. Dopo quattro giorni fu fatta un'ulteriore applicazione di tre capsule, e ancora dopo quattro giorni di due, e poi di una. Al decimo giorno il tumore non era più visibile. Dopo circa otto mesi la osservazione del paziente lo trovò ancora completamente guarito. L'A. assicura di aver sottoposto a simile trattamento 23 casi, di cui 12 guarirono perfettamente.

Dal Traina furono fatte osservazioni sistematiche sulle variazioni che l'estratto di Jequirity induce nelle cellule neoplastiche in vitro ed in vivo, trattando con Jequirity zone limitate di tumori e tenendo in provetta piccoli pezzi di tumore in una soluzione di Jequirity: egli notò che le più importanti alterazioni consistono nel fatto che il tessuto cancerigno è infiltrato da numerosi fibroblasti, mentre le cellule tumorali muoiono. Queste alterazioni sono tanto più rilevanti, quanto più lunga è la durata di azione della soluzione di Jequirity. Questo stesso ricercatore inoltre, che si limitò alle osservazioni istologiche, ritiene che il potere dello Jequirity negli altri tessuti sia simile a quello che si ha sulla congiuntiva e crede che i processi regressivi delle cellule neoplastiche siano in diretto effetto dell'azione dell'Jequirity: i fatti infiammatori prodotti dall'azione del medicamento sono d'importanza secondaria riguardo alla sua azione terapeutica. -

Il Rampoldi raccomanda l'importanza della esatta dose per applicare quanto più è possibile profondamente il rimedio nel tumore, poichè Egli è del parere che l'applicazione esterna di esso produca degli anticorpi per cui il medicamento non agisce ulteriormente. Ritiene, inoltre, che la febbre prodotta dallo Jequirity abbia delle analogie con la febbre prodotta dalla tubercolina; e come risultato finale delle sue ricerche sul potere dello Jequirity crede che, ad onta dell'azione limitata di questo rimedio, l'uso di esso in terapia sia da raccomandare, perchè assai spesso lo Jequirity ha agito con notevole efficacia nei casi di tumori maligni; non pochi dei casi curati sono guariti completamente, cosicchè i risultati raggiunti con questo metodo inducono a sperimentare ulteriormente su questa via per la cura dei tumori maligni.

La grande importanza dei lavori scientifici del senatore Rampoldi deriva anche dal fatto che si può dire che Egli sia stato il primo a preconizzare il potere terapeutico dei glucosidi e delle saponine nei neoplasmi di triste indole. Successivamente anche altri Autori hanno eseguite ricerche di questo genere e sono pervenuti a buoni risultati, fra gli altri, ad uno di noi (Auler) riescì di immunizzare i ratti variegati in quasi il cento per cento e i ratti bianchi in quasi il 15 % verso i tumori per mezzo del glucoside esculina delle castagne d'India. Sembra che questa azione dei glucosidi e delle saponine si esplichi con una alterazione del ricambio dei lipoidi nell'organismo e del tumore, e forse con produzione di anticorpi allontanando così la causa produttrice del tumore: questa è però un'ipotesi e non può essere affermata con certezza. È interessante rilevare che l'azione delle dette sostanze è simile a quelle delle sostanze lipoido-affini provenienti da germi patogeni. Osservazioni cliniche confermano il concetto che il potere delle saponine e glucosidi sia in dipendenza: 1° della loro stessa tossicità e 2° della loro solubilità nei lipoidi, ed il momento essenziale nei tentativi terapeutici di questo genere, pare sia riposto nel fatto che bisogna eseguire le ricerche con dosi tossiche. Ulteriori ri-

cerche eseguite sulla stessa direttiva di quelle del Rampoldi, specialmente sui rapporti fra l'azione delle saponine glucosidi e sostanze affini da una parte, e ricambio della colesterina e lecitina dall'altra, offrono speranza di poter chiarire importanti questioni nel problema dei tumori, tanto più che i risultati finora raggiunti incoraggiano a proseguire lo studio in questa via.

Berlino, novembre 1927.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Ricordi di neurologia pratica.

(E. SIEMERLING. *Deutsch. Med. Woch.*, n. 14).

MENINGITE PURULENTA.

La meningite purulenta può aver sede alla base od alla convessità, ma si estende quasi sempre a tutta la massa encefalica come può essere anche interessata la corteccia per il processo infiammatorio della pia e dell'aracnoidea.

La causa ne è la penetrazione degli agenti purulenti (varie specie di cocchi, stafilo-, strepto-, pneumococco, meningococco, bacterium typhi). La malattia può essere in rapporto con un trauma del cranio o con un ascesso ed anche senza una lesione ossea per le vie sanguigne e linfatiche può avvenire la penetrazione degli agenti purulenti dalle parti molli infette, ad es. l'eresipela del cuoio capelluto, la piemia, la setticemia e le infezioni acute. Anche le ferite con apertura del canale vertebrale, come talora l'anestesia lombare, possono dar luogo alla meningite purulenta; spesso un processo purulento delle ossa vicine, dell'apparecchio auditivo, si propaga alle meningi ed alla base; più raramente quello della cavità nasale e dell'orbita.

Sintomi. Dopo un periodo prodromico di debolezza generale, di anoressia, talvolta di irrequietezza ed insonnia si inizia il periodo acuto con febbre alta ed intenso brivido, temperatura a 40° o più a tipo remittente; il polso è frequente, ma non corrispondente all'alta temperatura. Se l'ammalato è ancora in sè si lamenta di vertigini ed è sensibilissimo a qualsiasi rumore ed alla luce; ma il sintoma che domina la scena è l'intensa cefalea, diffusa, persistente anche nel sonno e durante il delirio; la percussione del cranio è assai sensibile, specialmente in corrispondenza del punto ove risiede il focolaio purulento; la pressione, anche lieve, dei bulbi oculari dà quasi sempre luogo a forti dolori; il vomito non è costante; i disturbi della coscienza insorgono ben presto; l'apatia primitiva si trasforma in sonnolenza e coma, alternati da agitazione e delirio; sintoma poi caratteristico è la rigidità della nuca, come di altri gruppi muscolari (segno di Kernig); l'addome è teso, depresso; si nota iperestesia della cute e dei muscoli ed aumentata eccitabilità vasomotoria. I nervi della base partecipano al processo: paralisi dei muscoli dell'occhio, rigidità della pupilla, paralisi del facciale e dell'ipoglosso, talora trisma, più di rado neurite ottica. La partecipazione della corteccia cerebrale si manifesta con contratture delle estremità, convulsioni generali, poi paralisi, emi- e monoplegia; frequente Babinski.

Il liquido cefalo-rachidiano è torbido, purulento, giallognolo; gli elementi cellulari sono aumentati; in gran parte leucociti polinucleari e dimostrabili i varii cocchi.

Decorso e prognosi. Il decorso è ordinariamente rapido; gli ammalati si perdono in uno o due giorni. In media la durata della malattia è di una settimana ad una settimana e mezza. Come complicazioni si possono verificare ascessi cerebrali e trombosi del seno.

La prognosi è sempre grave e solo alquanto più favorevole nella meningite otogena.

La *diagnosi* può presentare qualche difficoltà quando con la meningite esiste un'altra grave malattia (tifo addominale, pneumonite, endocardite ulcerosa), la quale può decorrere con tali fenomeni cerebrali da simulare una meningite, come ad es. nella tub. miliare o nella setticemia. Oltre ai sintomi accennati vale essenzialmente per la diagnosi l'esito della puntura lombare.

Terapia. Se la causa è dovuta ad un processo suppurativo cranico sarà necessaria l'apertura del focolaio, la quale, quando l'infiammazione è localizzata, sarà più favorevole.

La puntura lombare ripetuta (ogni 2 o 3 giorni) può dare anche buoni risultati calmando l'ammalato e specialmente diminuendo la cefalea. Contemporaneamente è da prescriversi lo allontanamento di ogni causa di eccitazione, le compresse ghiacciate, gli antinevralgici, qualche volta la morfina.

MENINGITE CEREBRO-SPINALE EPIDEMICA.

L'agente è qui il meningococco intracellulare (Weichselbaum) e la porta d'ingresso è la cavità nasale. Le epidemie sono più frequenti d'inverno, specialmente all'inizio della primavera, e ne sono a preferenza colpiti i fanciulli ed i giovani.

Sintomi. Si verificano spesso dei casi sporadici. Precedono di qualche giorno la malattia: stato di malessere, brividi, anoressia, spossatezza, dolori diffusi al capo, al dorso, alle estremità; insorgono quindi febbre alta, rigidità della nuca con intensa cefalea e rigidità muscolare; opisto-

tono e trisma; straordinaria sensibilità, vertigini, vomito, disturbi del sensorio; sonnolenza ed agitazione alternantesi.

Temperatura fra 39° e 40°; polso celere; compariscono spesso vescicole erpetiche sulle labbra e talora orticaria, eritema, roseola. Quasi sempre vi è paralisi dei muscoli oculari e del facciale, che accenna ad una localizzazione basilare. Frequenti i disturbi auditivi; le pupille dilatate non reagiscono alla luce, una neurite è riconoscibile all'oftalmoscopio, spesso congiuntivite, cheratite, iridocoroidite purulenta.

Fin dall'inizio possono verificarsi delle convulsioni e più tardi mono- ed emiplegia, paraplegia e segno di Westphal.

Decorso e prognosi. Il decorso può essere vario in ciascuna epidemia. In taluni casi la morte può avvenire in poche ore od in pochi giorni (m. *siderans* o *fulminans*); in altri il decorso è intermittente, e possono riscontrarsi forme abortive, che terminano con la guarigione in poco tempo. Nei casi di maggior durata possono residuare disturbi visivi ed auditivi, disturbi di coordinazione, difetti di intelligenza o paralisi.

Diagnosi. La presenza dei meningococchi nel liquido cefalo-rachidiano è il fatto più importante, seguono poi la rigidità precoce della nuca, l'herpes, la intensa cefalea, la constatazione infine di una epidemia, quantunque anche durante l'epidemia possano aversi casi di meningite non epidemica.

Terapia. Le punture lombari ripetute giornalmente ed anche due volte al giorno danno buoni risultati; la contemporanea eliminazione dei prodotti tossici ha certo buona azione sul decorso della malattia. Possono anche usarsi tanto il siero Merck quanto il siero antistreptococcico e meningococcico.

MENINGITE TUBERCOLARE.

La meningite tubercolare deve essere attribuita al trasporto dei bacilli tubercolari nelle meningi e deve considerarsi come un processo secondario dipendente da un focolaio primitivo del polmone, della pleura o delle glandole bronchiali mediastiniche o mesenteriche, dei reni, dei testicoli o degli organi genitali femminili, delle ossa o della pelle. Spesso la meningite tubercolare può essere la manifestazione anche di una tubercolosi miliare accompagnata da una alterazione essudativa delle meningi stesse: sede di predilezione è la base o la scissura di Silvio.

L'età infantile o giovanile è per lo più colpita, e rara dai 40 anni in sopra. Possono essere ritenute quali precedenti disposizioni altri momenti, una malattia infettiva acuta od un trauma, specialmente del capo.

Sintomi. La malattia colpisce a preferenza i bambini gracili od astenici, con tara ereditaria. Raramente si presenta in modo acuto; esiste quasi sempre uno stato prodromico che può durare alcune settimane. I bambini sono taciturni, apatici, facilmente eccitabili, insonni, hanno cefalea; bruscamente insorgono poi la sonnolenza, il delirio, la cefalea diventa insopportabile, il vomito, le convulsioni generali, il trisma. Il delirio somiglia a quello alcoolico. Nei soggetti più grandi si può anche camminare, andare in giro ed avere delirio sonnolento; talora si ha il quadro dell'*amentia*, vi è una accentuata impressionabilità alla luce, al toccamento, spesso vertigini; gli ammalati emettono dei gridi acutissimi, interrotti da stridor dei denti, tutta la muscolatura del corpo è in contrazione, la rigidità muscolare si estende anche al viso; essi giacciono con la testa riversa in dietro sui cuscini, in rigidità completa; l'addome è retratto e concavo. La temperatura è elevata, remittente ed oscilla fra 37° e 39°; il polso è vario tanto nella frequenza quanto nelle sue caratteristiche.

Fra i nervi cranici i più interessati sono gli oculari ed il facciale, spesso esiste ptosi da uno o da ambedue i lati; le pupille possono essere ristrette, dilatate o rigide; vi è nistagmo, neurite ottica, congestione della papilla; all'oftalmoscopio di rado si rileva la presenza di tubercoli nella coroide.

I fenomeni di eccitamento o di paralisi da parte delle meningi si possono constatare spesso all'inizio per le convulsioni, più di rado per gli accessi epilettici; più tardivamente vi si possono accompagnare mono- od emiplegia; i riflessi sono dapprima esagerati, Babinski, Oppenheim, clono del piede possono più tardi sparire. La precoce mancanza del fenomeno di Kniep accenna alla partecipazione del midollo spinale. Molto importante è l'iperestesia generale, specialmente del polpaccio.

Questi sintomi possono avere delle remissioni ingannevoli. La puntura lombare dà quasi sempre un liquido chiaro, che, stando in riposo, presenta dei coaguli; il contenuto in albumina è aumentato considerevolmente ed aumentati sono anche i linfociti. La presenza dei bacilli tubercolari è della massima importanza.

Decorso e prognosi. La malattia può decorrere violentemente e condurre alla morte in pochi giorni; per lo più si prolunga per 2 a 4 settimane, molto raramente ha decorso cronico, per parecchie settimane. Il decorso progressivo può essere interrotto da remissioni. La prognosi è quasi sem-

pre letale, essendo l'esito favorevole un fatto così raro che non se ne può tenere alcun conto.

Diagnosi. La diagnosi poggia sulla esistenza di altri focolai tubercolari e sul reperto della puntura lombare (presenza di bacilli tubercolari ed aumento del contenuto in albumina). Ha anche grande importanza il prolungarsi dello stato prodromico che può durare anche molte settimane. Per la diagnosi differenziale può avere anche valore l'*herpes labialis*, che è rarissimo nella meningite tubercolare. È da accennare, infine, per la diagnosi differenziale a quella forma circoscritta di tubercolosi trasportata dalle meningi alla corteccia cerebrale, che è descritta come meningoencefalite tubercolare.

La *terapia* è profilattica; utili le ripetute punture lombari; gli antinevralgici, i calmanti (oppio, morfina, Pantopon, Duboisina, scopolamina).

MENINGITE SIEROSA.

La meningite sierosa è dovuta a trauma del cervello o del midollo spinale, a processi otitici, alle varie malattie infettive, all'anemia; può quindi insorgere nel reumatismo articolare acuto, nell'influenza, nella pneumonite, nella gastroenterite, nella tosse convulsiva, nella parotite, nell'angina, nella difterite.

Sebbene nella meningite sierosa la grande eccitabilità ed i delirii non sono così violenti come nelle forme precedenti, riscontriamo però anche qui sintomi che accennano a gravi fatti cerebrali con fenomeni meningei: disturbi della coscienza, eccitazioni e delirio, che si alternano, vomito, lentezza del polso, opistotono, sintoma di Kernig. Nella persistente neurite ottica e rigidità pupillare sorge il sospetto di un tumore cerebrale.

La pressione del liquido lombare è straordinariamente alta, abbondanti gli elementi cellulari, massime i linfociti, assenti i coaguli, talora elementi purulenti.

Terapia. La prognosi della meningite sierosa non è sfavorevole. Molto efficaci sono le ripetute punture lombari, come anche le frizioni di unguentum cinereum. Non si è ancora sicuri della laminectomia e conseguente incisione della dura sulla localizzazione spinale e della puntura della massa o di quella occipitale nella localizzazione cerebrale.

DE CHIARA.

La sieroterapia delle mieliti.

(G. ETIENNE. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1927, pag. 603).

L'A. riferisce che a malgrado delle numerose ricerche e dei numerosi germi descritti, tuttora non si conosce ancora il germe della poliomielite acuta. Procedendo però secondo il metodo tenuto da Pasteur per la rabbia, si è potuto dimostrare che la malattia è trasmissibile alle scimmie, che è dovuta ad un virus filtrabile, che segue nel raggiungere il midollo la via nervosa, e che iniettato a piccole dosi nelle scimmie genera degli anticorpi specifici che sono capaci di impedire lo sviluppo della malattia negli animali inoculati. Inoltre Netter ha potuto constatare che il siero di convalescenti poliomielitici contiene anticorpi capaci a loro volta di opporsi allo sviluppo della malattia nelle scimmie inoculate. Questi dati indiscutibili hanno aperto la via alla siero-terapia specifica delle mieliti degli adulti e delle poliomieliti dei bambini.

Due metodi si sono seguìti. Uno preconizzato da Netter; la terapia col siero di convalescenti. La via da preferirsi è l'intrarachidea, per potere ottenere la massima azione con piccole quantità di siero che non si può ottenere in quantità rilevanti. Le statistiche abbastanza numerose di Netter (circa 40 casi), Salanier (47 casi), Draper (300 casi) e di altri di interventi e sul periodo preparalitico, e sul periodo evolutivo della malattia e sul periodo di stabilizzazione, con quantità di siero intrarachideo variabili da 3 a 10-12 cmc. ripetute fino a 6-8 volte, hanno dimostrato che l'influenza del siero di convalescenti è indiscutibile. Dai casi trattati risulta evidente che quasi sempre si è avuto un arresto nell'evoluzione della malattia, che spesso si è avuto la guarigione completa, e che nel massimo numero dei casi le lesioni postume sono state trascurabili e minime. È un metodo da seguirsi ma che però urta con la pratica, perchè non è possibile potersi procurare notevoli quantità di siero.

Per ovviare a questo inconveniente si è cercato di preparare dagli animali un siero attivo.

Pettit dell'Istituto Pasteur, adoperando lo stesso metodo seguìto per la rabbia, è riuscito ad ottenere un virus fisso poliomielitico con una emulsione di midollo di scimmie, che ha un periodo d'incubazione di 7 giorni. Inoculando dosi adeguate di detto virus nel cavallo ha ottenuto un siero ricco di anticorpi che si è dimostrato capace di impedire lo sviluppo della malattia nelle scimmie. Adoperando questo siero il prof. Etienne in 26 casi di mielite acuta degli adulti ha ottenuto risultati notevoli.

In 9 casi, forme abbastanza gravi, ascendenti con tendenza ad invadere il bulbo, guarigione completa con scomparsa di paralisi già stabilite; in tali casi ha potuto adoperare quantità sufficienti di siero. Le dosi impiegate sono state intorno ai 300 cmc. in 5-6 giorni per via intramuscolare, cominciando con 20-50-100 cmc. al primo giorno; dosi decrescenti nei successivi; una volta

l'applicazione è stata anche intrarachidea. Il periodo d'intervento è stata dalla 3ª fino alla 62ª giornata dall'inizio della malattia.

Negli altri casi l'intervento o è stato insufficiente per la difficoltà di procurarsi il siero; con tutto ciò però i risultati sono stati abbastanza buoni essendosi avuto un arresto nell'evoluzione della malattia che aveva sviluppo nettamente progressivo; oppure è stato inefficace perchè la malattia si presentava in forma talmente grave e rapida che il siero non ha avuto tempo di poter agire. Accanto a questa statistica l'autore porta 9 casi di mielite non trattati che hanno tutti avuto un esito più o meno grave; uno solo con esito in guarigione.

Tentativi di sieroterapia con siero Pettit sono stati eseguiti da numerosi altri autori nella poliomielite dei bambini ed i risultati a malgrado dell'assenza di statistiche precise si possono considerare secondo l'autore abbastanza buoni.

Da tutto ciò conclude in primo che l'efficacia curativa del siero Pettit è indiscutibile. Che l'aver agito favorevolmente nelle mieliti degli adulti e non in altre malattie del midollo come sclerosi multiple, sclerosi a placche, ecc., dimostra come la massima parte delle mieliti degli adulti sono dovute al germe della poliomielite dei bambini, come l'intervento col siero non debba essere mai limitato ai primi periodi della malattia potendo agire anche in periodo abbastanza lontano dall'inizio, e che anche nella fase di stabilizzazione il siero può essere attivo; si sono notati casi in cui con la sieroterapia si sono avute retrocessioni di paralisi che si consideravano stabilizzate.

Le dosi da impiegarsi debbono essere generose. Via intramuscolare preferibile; nei casi gravi anche via intrarachidea, come pure questa via è da seguirsi quando la quantità di siero disponibile è scarsa. Prolungare il trattamento fino a miglioramento o guarigione stabile. La quantità in genere necessaria si aggira in media intorno ai 350 cmc.

RICCARDI.

CUORE E VASI.

Aneurisma della carotide nel seno cavernoso.

(E. FOGGIE. *Edinburgh Med. Journ.*, n. 11, novembre 1927).

Esso si riscontra con una moderata frequenza, ma è solo rarissimamente segnalato durante la vita. L'A. riporta un caso personale e poi fa delle interessanti considerazioni sugli altri casi della letteratura.

Caso. D. M., 56 anni, entrò all'ospedale per ptosi dell'occhio destro, cefalea e vomito. Anamnesi famigliare, muta.

Egli presentò dapprima una nevralgia nella branca oftalmica del trigemino, poi dopo due giorni di vomito comparve ptosi palpebrale destra ed in seguito una paralisi del 3°, 4° e 6° nervo cranico di destra, cioè una oftalmoplegia totale.

A carico del 5° paio si notò: anestesia e nevralgia nella prima branca, ed iperestesia nella seconda.

Discussione clinica: La lesione ha certamente i caratteri di una sede intracranica, ed appare doversi localizzare alla base del cervello; ma per il progressivo interessamento dei n. cranici e per l'assenza dei sintomi fondamentali di compressione è di carattere estracerebrale. La paralisi del 3°, 4°, 6°, e della branca oftalmica del 5°, fa localizzare la lesione a tergo dell'orbita, prima che i nervi attraversino la fessura sfenoidale. È da ritenersi che la lesione sia o nel seno cavernoso, o sia dovuta alla pressione esercitata su questo. Le cause possibili di una tale lesione sono: 1) trauma; 2) gomma; 3) tumore e aneurisma. Nel caso descritto, non vi fu trauma, la R. Wassermann è negativa, non esistono i classici sintomi generali del tumore, onde si deve pensare all'aneurisma.

Discussione della letteratura:

Whitnall (*Anatomy of the Human Orbit*. Oxford) dice che l'aneurisma della carotide interna lede facilmente il 3° n. cranico, ed un interessamento del 4°, del 6°, e della branca oftalmica del 5°, devono fare localizzare la lesione nel seno cavernoso. Della stessa opinione è Stopford.

Beadles (*Brain*, 1907, vol. XX, pag. 285) che ha analizzato 555 casi di aneurismi delle arterie principali del cervello, divide questi in quattro gruppi: *a*) con sintoma iniziale apoplettico; *b*) con apoplessia preceduta da sintomi di tumore o di altra lesione cerebrale; *c*) con soli sintomi di tumore cerebrale; *d*) silenziosi in vita, reperto cadaverico. Il caso citato rientrerebbe nel 3° gruppo di Beadles.

Degli altri casi della letteratura è assai interessante quello di Bomberg (1853): un uomo che per 8 anni soffrì di nevralgia di tutte e tre le branche del trigemino e che all'autopsia mostrò un'aneurisma della carotide nel seno cavernoso. Hutchinson riuscì a fare la diagnosi sette anni prima della morte del paziente: questi a 40 anni presentò ptosi della palpebra di sinistra e paralisi del 6° nervo, più una debolezza di tutte le branche del 3° paio. Si notò anche un torpore della cute della metà sinistra della fronte. In seguito la paralisi del 3° divenne totale, l'intormentimento si estese alla cute del vertice; non vi fu nevralgia, ma forte cefalea. La pupilla S. era dilatata e non reagiva alla accomodazione. Vi sono poi molti altri

casi che non aumentano però le conoscenze sull'argomento.

L'A. ha personalmente rintracciati ed analizzati 12 casi.

I sintomi clinici fondamentali sono dati da una oftalmoplegia unilaterale con disturbi sensitivi in una o più branche del trigemino.

Sui dodici casi presi in esame si ebbero i seguenti dati degni di interesse; *l'età*: 5 si ebbero a 50 anni, due a 40, e uno a 60. Le altre età furono di 16, 26 e 30 anni. Circa il *sesso* vi furono 6 femmine e 5 maschi. Il *trauma* non intervenne in nessuno di questi casi. Il *visus* si ridusse in 6 casi. In 2 si ebbe atrofia del n. ottico. Il *3° paio* fu colpito in 11 casi, il 2° in dieci; vi fu anestesia del 5° nella sua prima branca in 6 pazienti. La prima branca del 5° mostrò nevralgia sette volte, e in 3 di queste coincise una anestesia. A carico della seconda branca si rinvenne 5 volte anestesia, e 5 volte nevralgia, ma solo due volte queste coincisero nello stesso malato. Vi fu in un solo caso anestesia della 3ª branca e in due casi si verificò nevralgia. Il 6° paio fu colpito ben 10 volte, mentre il 7° una sola volta (caso di Reinhardt). In alcuni casi si notò midriasi. In 3 casi si ebbe protrusione del globo oculare.

La *durata* della malattia variò da pochi mesi a otto anni.

La *causa del decesso* fu in 7 casi l'aneurisma stesso: in 5 di questi si ebbe per rottura intracranica della sacca aneurismatica e in due altri la morte seguì ad emorragia nasofaringea. Nel caso di Hutchinson il P. morì per un'aneurisma dell'aorta addominale. In 3 altri malati il decesso seguì a cause varie di altra indole.

Come esempio di una origine puramente *traumatica* è citato il caso di Hirschfeld (*Gaz. des Hôpitaux*, 1859, p. 57) in cui una donna di 72 anni, quattro settimane dopo un trauma mostrò una ptosi improvvisa e oftalmoplegia con anestesia dell'area della prima branca del 5° paio. L'autopsia dimostrò una tumefazione della dura madre che copriva il seno cavernoso. Dopo asportazione del coagulo si mise in evidenza un aneurisma della carotide interna.

Si ricordi che tumori (aneurismatici o di altra specie) situati vicino al seno ma non dentro ad esso, possono per compressione dare gli stessi sintomi di cui finora ho parlato. L. TONELLI.

Endocarditi infettive delle valvole sigmoidi dell'arteria polmonare.

(LANGERON e GARDÈRE. *Journ. de Méd. de Lyon*, 1927, n. 190).

Gli AA. riportano 24 osservazioni anatomo-cliniche di questa localizzazione della endocardite, isolata o concomitante ad altre localizzazioni. Da questo studio concludono che trattasi di forma molto rara, nell'insorgere della quale età e sesso non hanno grande importanza. Le condizioni etiologiche più frequenti sarebbero: infezione puerperale, polmonite, sepsi gonococcica, influenza. I germi trovati sarebbero, in ordine di frequenza: streptococco, pneumococco, gonococco, stafilococco, colibacillo e piocianeo. Può preesistere talora una cardiopatia.

Anatomia patologica. — In 21 casi era interessato il solo orifizio polmonare, in 3 il polmonare e l'aortico, in 2 il polmonare e il tricuspidale. Quasi sempre la forma è ulcerosa, raramente soltanto verrucosa; le note morfologiche di queste alterazioni non si allontanano gran che dalle usuali.

È più frequente a vedersi l'insufficienza che la stenosi dell'orifizio. Talora lesioni pericardiche coesistono. Ma è invece caratteristico di questa localizzazione che non vi si trovino mai le lesioni dell'endocardite detta cronica maligna, come nel cuore sinistro, anche se preesisteva una cardiopatia. Infarti polmonari l'accompagnano spesso, e così pure la nefrite acuta.

Sintomatologia. — Sintomi generali di grave stato infettivo, non caratteristici. Importante l'assenza di segni meningei. Sintomi della nefrite concomitante: anasarca, versamenti sierosi, reperto urinario (albumina, cilindri, emazie). Segni fisici: in un terzo dei casi la lesione è silenziosa. Talora invece esiste un soffio diastolico, più spesso uno sistolico, e spesso pure un doppio soffio (rumore di sega simile a quello della pericardite). Questi rumori sono notevolmente incostanti e variabili. In un solo caso fu fatta la diagnosi giusta. È molto difficile dare la spiegazione sia della silenziosità della lesione, sia dei vari rumori a cui dà luogo. Ipotesi formulate in proposito non sono molto soddisfacenti. Talora la diagnosi *potrebbe* farsi, ma non ci si pensa o non si *osa* farla. Lo studio di questa localizzazione sottolinea poi in modo particolare la differenza che passa tra le endocarditi acute e l'endocardite maligna lenta.

GARRONE.

ORGANI DIGERENTI.

Il valore del metodo di gastropessi diretta.

(GRIGNANI. *Arch. It. di Chir.*, fasc. IV, 1926).

Il lavoro di Grignani porta un notetvole contributo sperimentale sul valore del metodo di gastropessi diretta nella cura chirurgica della gastroptosi, che merita un particolare rilievo.

La cura chirurgica della ptosi gastrica fu sempre assai discussa. La gastropessia, la gastroplicatio e la gastroenterostomia si contendono ancora

oggi da sole o variamente associate il favore dei chirurgi che ancora discutono quale dei diversi metodi sia il migliore e perciò da preferirsi agli altri o se non si debba subordinare questo o quel metodo ai diversi tipi di ptosi gastrica; perchè questa affezione è raramente semplice essendo spesso associata ad altre alterazioni anatomiche e nervose.

La gastropessi, che è teoricamente il metodo elettivo per la cura chirurgica della ptosi gastrica, è quella che ha subito e subisce le più forti critiche. Molti sono statti i processi operatori escogitati dai chirurghi; ma fra essi ormai prevale quello del Rovsing che ebbe la più larga applicazione in confronto degli altri ed i cui risultati furono, nella pluralità dei casi, eccellenti, come ebbe modo di controllare e confermare il prof. Tansini.

Ma, superato l'ostacolo della tecnica, la gastropessìa dovette difendersi da un'obbiezione molto importante. Ritenevano infatti gli avversari di questo metodo che le aderenze provocate dai vari processi, ed in special modo dal processo di Rovsing, tra lo stomaco ed il peritoneo parietale dovessero essere di gran danno alla funzione motoria dell'organo e che perciò non potesse essere utilmente impiegato un processo adesivo, essendo questo incompatibile con la libertà funzionale di un organo che ha bisogno di cambiare forma, volume e posizione.

È in verità da meravigliare che in un'epoca come la nostra non si sia mai pensato di interrogare con esperimenti sugli animali il comportamento delle aderenze create coi processi di fissazione diretta, ed anche gli eventuali disturbi di funzionalità motoria.

A colmare questa lacuna ha provveduto il dott. Grignani, Assistente della Clinica Chirurgica della R. Università di Pavia diretta dal prof. I. Tansini, con esperienze sui cani e sui conigli che hanno portato una viva e nuova luce sull'argomento.

A tutti gli animali l'A. ha praticato la gastropessi secondo Rovsing, tenendo conto della modificazione Tansini e di alcune cautele suggerite da Kraft circa l'estensione della zona gastrica di adesione.

In questo modo ha ottenuto dei riflessi interessantissimi che, mentre da una parte dimostrano chiaramente la bontà del metodo di gastropessi diretta, dall'altra tolgono ogni valore alle obbiezioni che ai suddetti metodi erano state fatte.

I risultati d'adesione ottenuti negli animali sono diversi in ragione del periodo post-operatorio nel quale vennero osservati.

Fino a due mesi dall'operazione lo stomaco è fissato al peritoneo parietale per quasi tutto il tratto irritato combaciando intimamente nella parte centrale, con briglie cicatriziali della lunghezza di 1/2 cm. alla periferia.

Dopo tre mesi anche nella parte centrale l'adesione è fatta a mezzo di briglie della lunghezza di 1/2 ad 1 cm. molto robuste tali da resistere all'introduzione di più di 4 litri d'acqua nello stomaco.

A distanza di otto mesi fino ad un anno il reperto è costante. La zona trattata dello stomaco aderisce al peritoneo parietale per mezzo di numerose fimbrie larghe un centimetro circa e lunghe da cm. 2 a cm. 2,1/2 tese fra le due pareti a mo' di legamento. Tali fimbrie, assai robuste, permettono allo stomaco degli spostamenti in tutti sensi, limitatamente alla loro lunghezza che è di circa cm. 3,1/2 trasversalmente e di circa cm. 5 longitudinalmente. Si comprende pertanto come da tali aderenze non è per nulla impedita la funzione meccanica dello stomaco e che anche la parte fissata ha libertà completa di contrazione.

L'osservazione microscopica conferma che le aderenze che si sono stabilite non interessano per nulla la muscolatura dello stomaco malgrado essa sia stata compresa nel filo di cucitura.

Gli esami radioscopici eseguiti sugli animali gastropessati dimostrano in modo chiaro ed inoppugnabile come la funzione dello stomaco non sia per nulla modificata dalla fissazione alla parete addominale.

La peristalsi era piuttosto vivace e sempre valida; le onde sempre ben evidenti e non determinavano nessuna deformità nei contorni dello stomaco. Lo svuotamento è sempre stato abbastanza rapido, anzi è stato notato che il periodo di svuotamento dello stomaco dei gastropessati era più breve di quello degli animali di controllo; ed in alcuni che prima avevano servito come controllo, lo svuotamento dello stomaco dopo la pessia avveniva più rapidamente di prima.

Grignani ha avuto dalle sue esperienze dei risultati veramente dimostrativi. Le aderenze prodotte dal metodo di gastropessi diretta acquistano il valore di veri e propri neolegamenti sospensori non inibenti la funzionalità gastrica, perciò viene ad essere distrutta la maggior obbiezione fatta al metodo di gastropessi diretta.

Questa inoltre è di una grande semplicità; così che nei casi di sola ptosi l'operazione è lievissima, di nessun pericolo, fattibile con l'anestesia locale e di brevissima durata; il che rappresenta un altro vantaggio in confronto di altri metodi perchè è ben difficile che si presentino degli ptosici in buone condizioni generali sufficienti per resistere ad atti operativi gravi. Di solito i pazienti arrivano al chirurgo quando proprio sono

giunti all'estremo, un po' perchè la malattia non è riconosciuta, un po' perchè i medici si ostinano spesso a curare ciò che medicalmente è incurabile, un po' per riluttanza degli ammalati a sottoporsi ad un atto operativo.

Grignani infine crede di potere, dalle sue esperienze sugli animali, trarre le seguenti conclusioni:

1) Le aderenze determinate da una buona applicazione dei metodi di gastropessi diretta sono resistenti per lungo tempo e valide nella loro funzione.

2) Tali aderenze, nello spazio di due-tre mesi, acquistano la forma come di nuovi legamenti sospensori dello stomaco.

3) La muscolare dello stomaco non è intaccata dalle aderenze e conserva il suo potere di contrazione.

4) Lo stomaco così fissato si contrae regolarmente e si svuota e talvolta pare più rapidamente, come lo stomaco normale.

5) Nella gastropessi diretta, data la scarsità di manovre manuali sui visceri e sul peritoneo, è possibile mantenere circoscritte nei limiti voluti le aderenze che si vogliono ottenere.

6) È assolutamente necessario, allo scopo di ottenere valide aderenze, mantenere in posto i punti di sutura dello stomaco almeno per una ventina di giorni.

Ancora una volta la Scuola Chirurgica Pavese, capeggiata dal prof. Tansini, che è sempre stata alla testa del movimento chirurgico italiano, si fa onore stabilendo quale debba essere la cura chirurgica della ptosi gastrica in base a criteri obbiettivi e scevri di preconcetti, dedotti da fatti inoppugnabili d'ordine pratico confermati ed avvalorati da esperienze sugli animali.

FAUSTO LEINATI.

Contributo alla piloro-miotomia secondo Payr.

(STEDEN (*Brun's Beitr. z. klin. Chir.*, vol. 138, p. 391).

Payr, per il primo, ha praticato la piloromiotomia estramucosa con un processo identico alla operazione di Rammstedt nei neonati. In alcuni pazienti in cui clinicamente e radiologicamente era stata diagnosticata una ulcera iuxta-pilorica aveva trovato soltanto uno spesso anello pilorico mentre non esisteva nessun segno di una lesione ulcerativa. Pensò così che la sintomatologia stesse in rapporto a una ipertonia o a una ipertrofia del piloro; praticata infatti la piloromiotomia i disturbi cessarono.

L'operazione non è stata accolta da tutti con lo stesso favore anzi, si può dire, che la maggior parte dei chirurgi che la hanno praticata consigliano di rinunciare del tutto a questo metodo.

Nella clinica chirurgica di Francoforte la piloromiotomia venne eseguita 9 volte in pazienti in cui era stata diagnosticata un'ulcera dello stomaco duodeno e in cui, all'intervento, non si trovò alcuna alterazione. In un caso solo il piloro era nettamente ispessito. Per quanto riguarda i risultati lontani questi furono soddisfacenti solo in due pazienti; gli altri accusarono un lieve miglioramento o addirittura un peggioramento dei sintomi. L'A. conclude ammettendo che la piloromiotomia può trovare una indicazione solo in rari casi e precisamente in quelli in cui manchi qualsiasi segno di ulcera e l'anello pilorico sia notevolmente e manifestamente ispessito.

VALDONI.

MEDICINA SOCIALE.

Sulla lotta contro il rachitismo.

(R. DYKWITZ. *Deutsche Medizinische Wochensch.*, n. 47, 18 nov. 1927).

L'autore, dopo aver affermato che ormai si è a tal punto da poter ritenere il rachitismo come malattia guaribile e prevenibile, dimostra tutta l'importanza sociale di questa malattia.

Oltre il gran numero della mortalità infantile dovuta direttamente al rachitismo, anche in gran numero delle morti di bambini in seguito a « grippe », morbillo, pertosse, ecc., sono anche queste morti da attribuirsi, sia pure indirettamente, al rachitismo, dato che il rachitismo minora di molto la resistenza organica.

Con la lotta contro il rachitismo si potrebbe combattere anche questa mortalità indiretta.

Sin dai più antichi tempi era conosciuta la benefica influenza dell'olio di fegato di merluzzo sul rachitismo. Sfortunatamente questo rimedio non è adatto per lotta su vasta scala.

Dato che questo medicinale riesce assai sgradevole come gusto, così molte mamme sono riluttanti a darlo ai loro bambini per lungo tempo, così com'è necessario per averne buon risultato.

Il preparato troppo « modificato » perde spesso la sua efficenza terapeutica. Cominciando nel 1920 si pubblicarono molti casi nei quali si era ottenuto ottimo risultato con la « lampada di quarzo », metodo certo incomodo e costoso per la lotta su vasta scala.

Il rachitismo è dovuto ad un'insufficenza nella nutrizione d'una certa sostanza dapprima chiamata « Vitamina A », poi « Vitamina antirachitica » oppure « Vitamina D ».

Con l'introduzione nella nutrizione della « Vi-

tamina D » possiamo curare stati di rachitismo in atto.

Altro fattore etiologico è la mancanza della luce: infatti il rachitismo è una malattia dei quartieri dei poveri ove si hanno case in piccole e strette vie ove non entra che scarsa luce. Tenendo animali in buio completo possiamo produrre stati simili al rachitismo. Da ciò risulta logicamente che occorre dotare i quartieri popolari di parchi ben luminosi e soleggiati ove i bambini debbono trattenersi vestiti succintamente in modo che la più grande superficie del corpo possa beneficarsi dell'azione della luce solare. Peraltro non bisogna esagerare sull'importanza della luce diretta sull'organismo umano ed animale.

Infatti anche nei popoli primitivi che non conoscono il rachitismo, i bambini non vengono esposti alla luce solare, ma al contrario anzi vengono protetti da questa, tenendoli quasi tutto il giorno nelle primitive abitazioni.

Huss e Weinstock, pediatri americani, hanno dato una spiegazione a questo fatto. Facendo esperimenti hanno visto che sugli animali rachitici la luce ha influenza sia che venga applicata direttamente sull'organismo animale, sia che la applicazione venga fatta sulle sostanze alimentari che loro si danno per nutrimento. Latte e certi grassi vegetali acquistano grande influenza antirachitica dopo essere stati esposti alla lampada di quarzo.

Gli autori suddetti hanno creduto di produrre in questo modo una Vitamina D artificiale; infatti si tratta chimicamente d'un'altra sostanza: la « Vitasterina ».

Con la scoperta di Hess e Weinstock la lotta contro il rachitismo su grandi basi riceve così d'un colpo tutt'altro aspetto. Si tende cioè di portare la lotta fuori della massa umana concentrandola nella « latteria » ed è questo il metodo più sicuro e meno costoso.

L'apparecchio di Scheidt è, secondo l'opinione dell'A., più adatto poichè il latte viene sottoposto all'influenza della lampada di quarzo senza che venga a cambiarsi la composizione di questo. Il prezzo di questo latte si aumenta minimamente e rimane accessibile anche alle borse le più modeste. In questo modo potrebbesi preparare anche un latte condensato.

L'apparecchio di Scheidt rappresenta un certo capitale in modo che forse non tutti i Comuni potrebbero sopportarne la spesa; per questi Comuni rimane il mezzo di trattare direttamente gli animali lattiferi con lampade di quarzo di tipi più usuali od anche nutrire questi animali con alimento « quarzato ».

Certo che le spese necessarie per la produzione di latte « antirachitico » e per la propaganda per una lotta su vasta scala saranno sempre minori che le spese per spedalizzare tutti gli affetti da rachitismo e sul danno economico che risente in seguito la società per questi individui così minorati.

Bisogna per questa lotta associare tutti i Comuni.

La propaganda per la costruzione di parchi nei quartieri popolari e per i bagni di sole e di aria non deve essere dimenticata per la lotta fatta a mezzo del latte « antirachitico ».

Il sole e l'aria hanno sempre una grande influenza sull'essere umano anche se non si voglia tener conto del beneficio che arreca all'organismo rachitico.

DUBINSKY.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A. ILVENTO. *Eredità ed igiene*. Un vol. in 4°, di pag. 328, con 49 fig. Unione tipografico-editrice torinese, 1927. Prezzo L. 32.

In questo volume, che fa parte del Trattato italiano d'igiene pubblicato sotto la direzione del prof. Casagrandi, l'A. espone dapprima le leggi generali dell'eredità, passando poi alla eredità nella razza umana, studiando in un interessante capitolo i fattori ereditari di razza nel popolo italiano. Considera poi le eredità morbose nell'uomo (variazioni, mutazioni nelle famiglie, cause perturbatrici del ritmo ereditario normale, principali eredità anormali, costituzioni somatiche, proporzione di alcune lesioni ereditarie nella popolazione italiana).

Dedica quindi l'ultima parte alla profilassi delle eredità e variazioni anormali (selezione dei meglio dotati, prevenzione delle minorazioni ereditarie, compensi biologici, ecc.).

È un trattato completo di eugenica, di questa scienza sociale che avrà certamente un grande avvenire, rivolta come è al miglioramento del popolo. Il volume del prof. Ilvento ha anche il pregio di essere il primo trattato italiano di eugenica ed è quindi con vero piacere che ne salutiamo la pubblicazione. Più di una volta, ad abbonati che ci chiedevano indicazioni in proposito abbiamo dovuto rispondere con citazioni di lavori esteri i quali, oltre a difficoltà di lingue che non tutti conoscono, hanno anche il difetto di trascurare o di non considerare con sufficiente ampiezza le condizioni italiane. Queste sono invece qui largamente trattate per arrivare alla conclusione ultima che « la famiglia italiana

(1) **Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.**

è fondamentalmente sanissima e ricca di promesse »; rilievo che per ogni italiano è motivo di soddisfazione e di incoraggiamento. *fil.*

E. DELLA SETA. *Figliuoli sani. Genitori felici.* Un vol. in 16° di 70 pag., con illustrazioni. Editrice Salute e Igiene, Roma, via XX Settembre 98. Prezzo L. 5.

Buon libretto di propaganda igienica, da servire come guida ai genitori per la sorveglianza della salute dei loro figliuoli, specialmente nell'età che frequentano le scuole elementari. Insegna a correggere le cattive abitudini dei ragazzi ed a sostituirle con quelle buone e soprattutto mette sull'avviso i genitori delle piccole molestie a cui vanno soggetti i ragazzi e che talora sono segni premonitori di gravi malattie, mentre possono anche scomparire con cure semplici. Ed il consiglio dato dall'A. in forma piana e persuasiva è prezioso.

Alcune nozioni sulle comuni malattie infettive dell'infanzia, sul modo di vestire, di alimentare i ragazzi, ecc., completano questa utile pubblicazione che vorremmo vedere diffusa in tutte le famiglie. *fil.*

O. PETRI. *L'Italiano nuovissimo.* Fratelli Bocca, Editori. Torino, 1927.

Sebbene il libro non si occupi di medicina, ci piace additarlo ai lettori del « Policlinico », in quanto riteniamo necessario che il medico debbasi mantenere al corrente anche delle ricerche e rilievi che si vanno operando nel campo psicologico con riferimenti alla personalità umana ed ai fattori che vi contribuiscono.

Specialmente nel caso particolare di questo libro, il quale assegna, con largo riferimento, una influenza spiccata, sulla personalità stessa, al carattere endocrine.

L'Italiano nuovissimo oltre di far la storia della filosofia dal pensiero greco ai giorni nostri, si occupa dell'orientamento possibile della condotta umana a mezzo della « conoscenza », e del suo possibile inquadramento in una legge morale, o Verità, la quale tenendo conto dei diversi Veri particolari, a carattere più generalizzato (i quali in sostanza esprimono la particolare utilità), liberi tali Veri dal carattere troppo personale, o eventualmente in antitesi coi Veri del prossimo, per farne una Verità, o legge morale, la quale sia appunto l'esponente umano, ma regolato dalla legge.

Per tali rilievi psicologici, con riferimento ai sensi, alla sensibilità e al carattere endocrine, anche il medico può trovare interessante *L'Italiano nuovissimo.* S. C.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 28 gennaio 1928.

Presidenza: Prof. R. ALESSANDRI, presidente.

Osservazioni sopra un caso di amebiasi generalizzata.

GIUDICEANDREA V. — L'O. riferisce di un ammalato affetto da dolori all'ipocondrio destro e da un'affezione bronchiale, nel quale ebbe a rilevare la presenza dell'ameba istolitica nelle urine, nell'espettorato in quantità abbondantissima, nonchè in quantità più scarsa nelle feci, ed in esemplari rarissimi nel sangue. L'ammalato non presentava tuttavia nè sintomi enteritici, nè di cistite. Vi era mononucleosi nel sangue. L'O. si trattiene quindi a discutere sull'amebiasi; la quale, considerata altra volta come malattia a localizzazione puramente enterica, deve oggi riguardarsi alla stregua di una infezione capace di generalizzarsi. L'ammalato che forma oggetto della comunicazione, sottoposto ad una cura emetinica, migliorò prontamente ed oggi è del tutto guarito.

Il prof. ALESSANDRINI A., dopo aver fatto rilevare l'eccezionalità del reperto dell'ameba nel sangue, e la sua conseguente importanza, lamenta che la scarsità del reperto abbia impedito al prof. Giudiceandrea di ottenere dei preparati conservabili, il cui valore sarebbe altissimo. Aggiunge poi che egli ha avuto occasione di esaminare l'ammalato stesso, quando, nonostante la prima serie di cura emetinica, si lamentava tuttavia dei sintomi bronchiali, e di non aver ritrovato l'ameba istolitica ma solo una ameba gengivale che proveniva da una fistola dentale.

Il prof. PUNTONI rileva che le affermazioni del prof. Giudiceandrea e del prof. Alessandrini sono alquanto in antitesi per ciò che riguarda l'effetto della cura emetinica.

Il prof. GIUDICEANDREA risponde al prof. Alessandrini assicurando che le amebe da lui osservate, avevano tutti i caratteri istolitici ed erano assolutamente tipiche. Riguardo all'effetto della cura emetinica, assicura che è stato manifestissimo, tanto che il paziente è oggi del tutto guarito.

La diagnosi delle fistole esofago-tracheali. (Sindromi cliniche primitive e valore dei mezzi diagnostici).

PONTANO prof. T. — L'O. mette in rilievo l'importanza della sindrome clinica primitiva, consistente sull'insorgenza di un accesso di tosse e vomito dopo l'ingestione di cibi o bevande; invece il sopravvenire delle complicazioni bronco-polmonari, ab ingestis, può in seguito fuorviare il medico.

La radioscopia, eseguita dopo la somministrazione di un pasto opaco, è utilissima in molti casi,

ma può qualche volta fuorviare; ciò avviene particolarmente quando per effetto di una stenosi esofagea, si ha rigurgito del pasto con penetrazione nel canale respiratorio attraverso il laringe.

Il miglior metodo diagnostico, secondo l'O., è l'introduzione di una sonda nell'esofago, facendola soffermare a varie altezze; quando l'asola della sonda arriva a livello della fistola, la sonda stessa diviene respirante, accertando così la presenza della comunicazione esofago-tracheale e dando precisi ragguagli circa l'altezza di essa.

Sul meccanismo della reazione di Wassermann. Ultrafiltrazione ed osservazioni ultramicroscopiche.

TRENTI prof. E. — Esponendo all'ultrafiltrazione i soli antigeni impiegati comunemente nella reazione di Wassermann, e da ricerche compiute sui detti antigeni mescolati con sieri luetici o non luetici, dimostra che nel caso dei sieri luetici, dopo l'ultrafiltrazione si ha una netta flocculazione, che manca invece nel caso dei sieri non luetici.

Il precipitato formatosi per effetto dell'ultrafiltrazione, è capace di dare l'inattivazione del complemento, mentre nel liquido sovrastante non si rileva traccia nè di siero, nè di antigeno, beninteso purchè i due elementi siano adoperati in giusta misura e non vi sia eccesso nè dell'uno, nè dell'altro.

Sottoponendo all'ultrafiltrazione miscele di antigeni e di sieri non luetici, ma devianti spontaneamente o determinanti una Reazione Wassermann positiva aspecifica, non si ottiene alcuna traccia del precipitato, il che dimostra come il precipitato che si forma in occasione dell'ultrafiltrazione è veramente specifico nel senso immunitario.

La comunicazione viene illustrata con numerose proiezioni di microfotografie ultramicroscopiche, che dimostrano la costituzione degli antigeni e l'aspetto dei precipitati.

Il prof. PONTANO rileva la grande importanza che potranno avere le ricerche del Trenti, per svelare le false reazioni date dai sieri autodevianti (come quelli dei cirrotici) o dai sieri devianti aspecificamente (come quelli degli scarlattinosi).

Le anemie emolitiche.

GHIRON prof. M. — L'O. si intrattiene sulla diagnosi delle vere anemie emolitiche e rileva come queste spesso vengano confuse con altre forme anemiche. L'anemia emolitica è determinata da esagerazione del potere emocateretico della milza; nel sangue defluente dalla milza (vena splenica) si può mettere in rilievo un'emolisina.

Per la cura rileva che l'asportazione della milza è bene indicata nelle vere anemie emolitiche, ma che può invece esser dannosa in caso di errori diagnostici.

Il Segretario: V. PUNTONI.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 13 gennaio 1928.

Presidenza: Prof. DIONISIO, presidente.

Alcuni metodi per stabilizzare e conservare sotto vetrino i preparati Golgi e Golgi-Cox.

Prof. LUGARO. — Per i preparati Golgi-Cox si tengono le sezioni per circa un'ora in alcool con acido cloridrico all'1 per mille, poi in alcool, poi in acqua, ed infine in una soluzione solfurante, composta a parti eguali di una soluzione di formolo al 10 % e di una soluzione di solfuro di ammonio all'1 per mille (i due liquidi vanno mescolati al momento dell'uso). Si lava in acqua, si disidrata in alcool e si monta sotto vetrino nel balsamo del Canadà.

Per i preparati Golgi, le sezioni vanno tenute in alcool con acido cloridrico dall'1 al 5 per mille, per ottenere la trasformazione del cromato d'argento in cloruro di argento. Avvenuta la stabilizzazione, la reazione appare semitrasparente e la si fa ridiventare nera o colla riduzione lenta e spontanea, come avviene durante l'esposizione alla luce diffusa, o con l'aiuto di riduttori o colla solfurazione con lo stesso liquido impiegato per i preparati Cox.

Un metodo pratico di semplificazione della reazione di Schick.

Prof. CANELLI e dott. BOSCO. — Gli OO. hanno esperimentato il metodo della cutireazione con tossina difterica non diluita, sostituendolo a quello della intradermo-reazione con tossina difterica diluita, secondo Schick. Il dispositivo da loro usato venne trovato da Canelli e consta di due aghi, saldati assieme, coi quali si fanno due punti nella cute.

Raccomandando il loro metodo, perchè semplice, alla portata di tutti, e che serve a svelare la recettività o meno alla difterite nelle collettività.

Prime osservazioni sugli effetti curativi della somministrazione di fegato nell'anemia perniciosa.

Dott. L. GRIVA. — Riferisce la storia clinica e l'andamento della malattia di 7 p. affetti da anemia perniciosa, che sotto l'influenza della dieta col fegato migliorarono rapidamente ed in modo spiccato, sia nelle condizioni generali che nella formula ematologica. Questi risultati hanno un carattere costante e specifico, mentre risulta molto minore l'efficacia col metodo terapeutico nelle anemie secondarie, come fu constatato in qualche caso.

Presenta alcuni diagrammi che illustrano le variazioni della formula eritrocitometrica e della formula leucocitaria sotto l'influenza del trattamento.

Interessa ora conoscere i rapporti esistenti tra i risultati di questo metodo di cura, che è estremamente semplice ed il problema eziopatogenetico dell'anemia perniciosa: accenna infine ad altre

ricerche che sono in studio alla Clinica medica allo scopo di delucidare questo punto.

Seduta del 27 gennaio 1928.

L'istero-grafia: indicazioni e limiti in diagnostica ginecologica.

Prof. M. PONZIO. — L'esame isterografico si pratica introducendo con le necessarie cautele asettiche, una cannula metallica o di gomma rigida, nella cavità dell'utero ed iniettando lentamente e sotto debole pressione circa 10 cc. di Radiopol al 25 %. L'introduzione del liquido va fatta dopo aver collocato l'ammalata nella posizione di Trendelemburg, per evitare il riflusso del liquido, il che è altresì ostacolato dal rigonfiamento conico che presenta la cannula stessa a circa 5-6 cm. dall'estremo introdotto in cavità.

In condizioni fisiologiche l'afflusso del liquido nelle tube avviene facilmente e permette di stabilire il volume, i limiti ed i rapporti delle tube stesse. Non raramente la pervietà delle tube permette l'afflusso di traccie del liquido nella cavità peritoneale, ma eccezionalmente ciò avrebbe dato luogo a disturbi di qualche entità.

L'opacamento della cavità uterina e delle trombe offre la possibilità di differenziare molte delle alterazioni della sfera genitale: esso è di valido aiuto allo studio della pervietà delle trombe nei casi di sterilità, nelle forme di lesione salpingea od annessiale.

Nei casi di fibromi dell'utero, di neoplasmi le indicazioni fornite dall'indagine radiologica possono essere utili a precisare i dati diagnostici clinici.

Il metodo isterografico va applicato con opportune cautele e mai nei processi infiammatorii acuti dell'utero e degli annessi, e nei casi ove, per estese lesioni degli organi sussista il pericolo di trasporto di prodotti di disgregazione di tessuto in cavità per reflusso attraverso le salpingi.

L'O. dato i risultati ottenuti da quegli AA. che applicarono questo metodo di indagine per la diagnosi precoce della gravidanza (9 aborti su 10 casi), non ha fatto al riguardo alcuna ricerca.

Semplificazioni alla tecnica della trasfusione di sangue puro col metodo della siringa.

Prof. B. QUARELLA. — Presenta un istrumentario molto semplice per la trasfusione e che consiste in una siringa di vetro con stantuffo metallico, tipo Janet, completamente smontabile, della capacità di 200 cc., opportunamente modificata nel disco di chiusura; essa è racchiusa in una scatola metallica, contenente inoltre un po' di garza, qualche tovaglia, e l'istrumentario occorrente alla trasfusione. Il tutto può essere convenientemente sterilizzato in una autoclave.

L'O. fa osservare in base alla sua lunga esperienza, che l'introduzione dell'ago cannula nel ricevente deve essere fatta sempre a cielo scoperto, ossia solo dopo che si è eseguito l'isolamento della vena e ciò perchè questo procedimento, veramente chirurgico, è l'unico che in ogni caso metta sicuramente al riparo da qualsiasi insuccesso totale o parziale.

Oltre a ciò consiglia lo sbarramento temporaneo della circolazione venosa reflua con una pinza da vasi posta perifericamente, e con l'accollamento mediante un filo, della parete della vena e dei margini cutanei sulla cannula centrale, per evitare la formazione di ematomi sottocutanei, essendo escluso ogni possibile riflusso di sangue tra la cannula e la parete della vena, a livello dell'orifizio di puntura.

Per la raccolta del sangue egli adopera il manicotto della siringa, tenuto verticalmente, che è chiuso dallo stantuffo completamente abbassato, e raccoglie il sangue per caduta dall'alto.

L'O. mette in rilievo la facilità della sterilizzazione dello strumentario sia con l'autoclave, sia colla semplice ebollizione in acqua e la rapidità della preparazione della siringa per l'uso, mediante impiego della miscela della vasellina paraffinata sterile e infine la somma praticità della manovra della siringa, manovra che può essere eseguita da un solo individuo senza bisogno di assistenza.

Il Segretario: P. VILLATA.

R. Accademia Medica di Genova.

Seduta del 9 dicembre 1927.

Presidenza: VITTORIO MARAGLIANO, presidente.

I pericoli della corrente elettrica.

Ing. G. B. SALA. — L'O. illustra l'attuale distribuzione elettrica, spiegando le ragioni per cui oggi è stata totalmente o quasi eliminata la corrente continua, e dimostra la grande superiorità della corrente alternata sia dal lato tecnico che economico.

Pericoli non esisterebbero se il pubblico osservasse le precauzioni adatte. Queste sono poche: 1) Non toccare e tanto meno impugnare con le mani parti metalliche, cordoni, valvole senza prima aver aperto l'interruttore generale dell'impianto oppure senza isolarsi da terra. 2) Non vi è nessuna necessità di toccare con le mani parti metalliche essendovi sempre apposite impugnature isolanti. 3) E così impugnare gli apparecchi elettrici di uso comune (lampade portatili, stufe, caffettiere, ferri da stiro) per gli appositi manici; per stirare mettere sotto i piedi una tavola asciutta. 4) Non improvvisarsi con troppa facilità elettricisti. 5) Nei bagni sono da eliminare gli interruttori di qualsiasi tipo; conviene sostituirli con un lungo cordone di seta, in modo da non avere a portata di mano nè conduttori nè catenelle.

Elettropatologia - Profilassi - Terapia.

Dott. ALESSANDRO VALLEBONA. — L'O. dopo aver passato in rassegna gli studi sull'argomento tratta delle lesioni prodotte dalle varie qualità di corrente. La morte può avvenire o per inibizione dei

centri nervosi (specialmente per le correnti ad alta tensione) oppure per fibrillazione del cuore (correnti a bassa tensione); la morte può pure essere determinata dalla tetanizzazione dei muscoli respiratori (per la corrente alternata) oppure dalle estese scottature prodotte dall'effetto Joule della corrente.

Tra i fattori fisici della corrente l'O. considera la qualità della corrente, la tensione, l'intensità e specie la densità di corrente che attraversa un organo, la durata del contatto, il numero dei periodi per la corrente alternata, la resistenza del circuito e la strada seguita dalla corrente nell'organismo.

Tratta poi delle formule che sono state proposte per esprimere la patogenecità della corrente, formule che prendono in considerazione il lavoro praticato dalla corrente. L'O. non crede che sia possibile schematizzare in una formula l'energia lesiva della corrente, perchè se questa dipende dai numerosi fattori fisici della corrente stessa, è legata altresì a molteplici fattori biologici.

Tratta infine del modo come si deve soccorrere il colpito dalla corrente, e dopo aver dato quelle norme sul modo di togliere la vittima dal contatto elettrico, tratta dei mezzi terapeutici e tra questi dà maggior importanza alla respirazione artificiale ed alla iniezione intracardiaca di adrenalina.

Le lesioni da elettricità nella medicina legale.

Prof. DOMENICO MACAGGI. — L'O., dopo aver considerate le svariate contingenze di giudizio medico legale in ordine alla elettro-lesività, mette in evidenza i principali dati tecnici relativi alla capacità lesiva delle correnti elettriche e, sempre sotto il riguardo medico legale, s'intrattiene sulle cause, sulle modalità di morte per elettricità, nonchè sulle complesse questioni attinenti alle concause di morte o di lesione in rapporto agli effetti lesivi della corrente. Questi sono a loro volta minutamente studiati dall'O. il quale ne espone le caratteristiche più proficuamente sfruttabili e valutabili agli effetti del giudizio medico legale. Considera poi con larghezza le alterazioni anatomo-patologiche da elettricità rilevandone lo scarso valore patognomonico nei riscontri dell'indagine medico giudiziaria, e di quest'ultima traccia le grandi linee, soffermandosi infine sulla valutazione degli estremi giuridici dell'infortunio del lavoro in rapporto alle particolari modalità lesive da elettricità.

Discussione.

Il prof. VITTORIO MARAGLIANO, fa infine notare che è opportuno ed utilissimo che la cittadinanza sia edotta che la corrente alternata è più pericolosa della continua, perchè meno bene tollerata dall'organismo umano e che perciò è necessario usare precauzioni assai maggiori nell'uso di tutti gli impianti elettrici. Fa notare poi che è attualmente impossibile ritornare alla corrente continua, rappresentando essa un antiquato ed antieconomico sistema di distribuzione elettrica, abbandonato ormai in quasi tutti i paesi civili; solamente bisogna perdere nell'uso della corrente alternata il malvezzo di una eccessiva confidenza nel maneggio della stessa.

Il Segretario: RAFFO.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta dell'8 dicembre 1927.

Presidenza del prof. N. LEOTTA, presidente.

Su di alcuni fattori della durata dell'apnea volontaria.

Dott. PERRINI. — L'apnea volontaria ha assunto notevole importanza quale indice della funzione respiratoria. L'A. ha considerato l'apnea in tre varie condizioni: 1) apnea inspiratoria a bocca e glottide chiusa; 2) apnea inspiratoria a bocca e glottide aperta; 3) apnea inspiratoria alla quale si faceva seguire un'inspirazione prolungata. Il relatore ha studiato tutte le variazioni di durata di queste varie forme, rilevando come di questi veri fattori devesi tenere gran conto nell'adottare l'apnea volontaria come indice della funzione respiratoria.

Sulla reazione di Doebner.
Nota VIII. Sintesi con β-amino-antracene.

Prof. GIUSA e dott. MUSAIO. — Riferiscono le conclusioni delle ricerche eseguite assieme al dott. Mussio su la « reazione di Döbner ». Gli AA. dimostrano che la β-amino-antracene si condensa, secondo Döbner, con la benzaldeide ed acido piruvico per dare origine all'acido α-fenil-(β)-antrachinolin-γ-carbonico, che essi descrivono e del quale ottengono il sale jodico, l'etere metilico, il derivato e le basi corrispondenti. È stato iniziato anche lo studio farmacologico.

La Leishmaniosi cutanea in Puglia.

Prof. MARIANI. — L'O. riferisce le sue osservazioni cliniche fatte su quattro casi di « leishmaniosi cutanea » visti in Puglia. Presenta i malati, ne descrive le lesioni col relativo decorso, il quale termina, dopo lunga durata, con la formazione di una cicatrice connettivale. Il tartaro stibiato costituisce il rimedio sovrano. Ha seguito l'inoculazione sui conigli, che gli hanno permesso di riprodurre la lesione osservata su l'uomo e di poterne seguire tutte le particolarità istologiche.

Comportamento dell'indice fagocitario
dopo l'applicazione dei filtrati di Besredka.
(Ricerche sperimentali).

Dott. ROSSI. — Prima di applicare in clinica detti filtrati, il cui uso non è nuovo, l'O. vuole controllare una delle asserzioni sostenute, in modo forse troppo assoluto dal Besredka, riguardo al nessun valore che questi assegna agli anti-

corpi specifici nella determinazione dello stato immune. Ricorda le interessanti ricerche comunicate in questa Accademia dal Socio prof. Neri, il quale ebbe a criticare le troppe assolute affermazioni del Besredka circa la cuti-infezione e la cuti-vaccinazione del carbonchio. Nei ratti bianchi ha ricercato l'indice fagocitario del sangue circolante dopo iniezioni ripetute per 12-14 giorni di filtrato sia entro che sotto la cute; quindi ha praticato delle soluzioni di continuo nella cute ed esaminato il potere fagocitario della secrezione della ferita sperimentale prima e dopo l'applicazione del filtrato. Per la prima serie ha notato una diminuzione dell'indice fagocitario del sangue ciò che è in accordo perfetto con le vedute del grande Immunologo francese; per la seconda serie invece, ha trovato un fortissimo aumento dell'indice fagocitario locale. Senza ricorrere alle concezioni nuove del Besredka, il relatore, crede, in accordo con le vedute della classica Immunologia, che il filtrato contenga sostanze a valore di antigene specifico e che siano capaci di esaltare presso gli elementi cellulari dei fermenti speciali (anticorpi specifici) capaci di preparare i germi alla fagocitosi (opsonine di Wright).

La riserva alcalina dopo operazioni chirurgiche.

Dott. BONOMO. — Il relatore negli animali ha trovato una diminuzione dell'alcalinità e acidosi solo dopo interventi assai gravi. Poca influenza ha il digiuno preoperatorio e l'emorragia, dopo la quale si ha solo temporaneamente acidosi. Rimane sempre la massima importanza all'anestesia, con quei risultati che egli ha riferito al Congresso di Chirurgia dello scorso ottobre.

La riserva alcalina in rapporto alla tiroidectomia. (Ricerche sperimentali).

Dott. TRINCHERA. — Le ricerche dell'O. fanno seguito ad una prima serie di esperimenti su l'influenza della tiroidectomia sull'equilibrio acido-base comunicati al Congresso di Chirurgia dell'ottobre 1927.

Nella tiroidectomia bilaterale ha notato un'alcalosi che si manifesta al 1° e 2° giorno e che raggiunge il massimo al 75° giorno. Nella tiroparatiroidectomia ha notato al 2°-3° giorno una insufficienza paratiroidea con acidosi, che invece non presentavasi se lasciava *in situ* un po' di paratiroidi oppure se somministrava estratti iniettabili di paratiroidi.

Conclude il relatore che normalmente la tiroide ha funzione acida e la paratiroide basica.

Su di un vaccino antidissenterico formolato (Ricerche sperimentali).

Dott. SIMONETTI. — L'O. indica una nuova tecnica per preparare il vaccino dissenterico in confronto con la vecchia tecnica al fenolo. In una prima serie di esperimenti sui conigli fa una comparazione fra i vaccini al fenolo e al formolo e da quella ricava una netta superiorità dei secondi sui primi riguardo all'azione vaccinante. In una seconda serie ha esperimentato solo con i vaccini al formolo per via parenterale e *per os*. rilevando che essi danno una solida immunità attiva. Ritiene quindi che questa nuova tecnica debba essere presa in seria considerazione.

Su di un vaccino antitifico al formolo. (Ricerche ed osservazioni).

Dott. MILELLA. — Di fronte alla vaccinazione antitifica obbligatoria, l'autore è stato spinto a ricercare un nuovo vaccino che fosse ben tollerato e che fosse quanto mai efficace. Egli lo ha trovato nel vaccino antitifico al formolo, che egli ha esperimentato in numerosi soggetti riuscendogli sempre ben tollerato ed assai più attivo del comune vaccino al formolo.

Terminata la discussione dell'o. d. g. si procede alla nomina del nuovo Consiglio, essendo il vecchio decaduto dalla carica. Rimangono eletti all'unanimità: Presidente: prof. GALLERANI; vice-Presidente: prof. BARILLARI; Consiglieri: proff. GIUSA e INSABATO; Segretario: prof. TRIPPUTI; Economo-Cassiere: dott. PERRINI.

Il Segretario: Dott. ROSSI.

Seduta del 19 gennaio 1928.

Presidenza del prof. G. GALLERANI, Presidente.

Neri di adrenalina e melanine naturali.

Prof. GALLERANI. — Che le melanine derivino dal gruppo pirrolico è dimostrato dalle ricerche di Angeli, Rondoni, D'Agata, Gallerani, dice l'O., trattasi di stabilire l'antecedente biologico del gruppo pirrolico. Per i caratteri analoghi chimici e fisici (curve spettrofotometriche) delle urine melanotiche da pirrolo e da nero di chinon-pirrolo, e dei neri di adrenalina ottenuti con acqua di cloro e con i raggi ultravioletti, l'O. ritiene che l'antecedente biologico delle melanine sia la adrenalina.

Contributo alla morfologia della clavicola.

Dott. GIRONE. — L'O. ha osservato che nel 75 % delle clavicole che gli sono capitate, si nota una torsione dell'osso sul proprio asse maggiore, di un quarto di giro. Crede che la torsione sia determinata dall'azione dei muscoli che si impiantano sull'osso e precisamente dello sterno-cleido-mastoideo, dello sterno-cleido-ioideo, del gran pettorale e del succlavio.

Valutazione dei coefficienti di natura puramente meccanica che partecipano al fenomeno psico-fisiologico del riflesso patellare.

Dott. PERRINI. — L'O. riferisce su originali ricerche circa i fattori che nella stimolazione meccanica determinano il complesso fenomeno del ri-

flesso rotuleo. Egli con precise formule matematiche ha valutato i coefficienti puramente meccanici che devono essere tenuti in considerazione nell'esame funzionale del riflesso rotuleo e dei riflessi tendinei in genere.

Sul reperto di "mastzellen" nel bulbo olfattorio normale.

Dott. RIVELA. — Con ampie ricerche sull'uomo e altri mammiferi, l'O. ha potuto constatare che il reperto di mastzellen nel bulbo olfattorio, già dimostrato dal Cerletti, è proprio del cane. Crede di poter mettere in rapporto tale reperto col notevole sviluppo che la funzione olfattiva assume nel cane.

Il Segretario: Dott. V. TRIPPUTI.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 2 gennaio 1928.

Presidenza: prof. MARIO ARTOM, presidente.

Alcuni casi di emorragie viscerali in neonato.

Dott. ERMANNO LAZZARINI. — Espone tre casi osservati nella Clinica Ostetrica: il primo è un caso di emorragia meningea dopo un parto distocico terminato con applicazione di forcipe: dopo poche ore di nascita comparvero convulsioni e crisi di tremore e la puntura lombare diede esito ad un liquido cefalo rachidiano emorragico.

Il 2° ed il 3° sono casi di melena del neonato, uno con esito di morte, l'altro invece terminato in guarigione in seguito ad una cura di emostyl per bocca e per iniezioni.

L'O. discute sulla ancora dibattuta questione della patogenesi e della eziologia di queste forme di emorragie viscerali nei neonati, notando come purtroppo su di ciò scarso contributo possono portare i suoi casi: insiste sulla necessità di intervenire precocemente ed attivamente con la terapia in questi casi, mettendo in evidenza come nel caso di emorragia meningea la puntura lombare abbia se non altro fatto cessare i disturbi più gravi e più minacciosi per la vita e dei due casi di melena in uno la cura antiemorragica abbia fatto rapidamente cessare le emorragie, causando una stabile guarigione.

La prognosi operatoria negli empiemi dei bambini.

Dott. RINALDO MICOTTI. — Afferma che conviene ancora attenersi alla cura chirurgica (toracotomia con costatomia). Occorre però notare che il decorso dell'empiema nel periodo postoperatorio non è sempre liscio, ma può presentare delle *poussées* febbrili talora anche di notevole durata: ad ovviare a tale inconveniente l'O. espone i diversi sistemi tentati: l'ultimo, che pare dare i risultati migliori, consiste nell'eseguire prima ancora dell'atto operativo e durante e dopo di questo una cura di iniezioni ipodermiche di vaccino misto (b. Pfeiffer, streptococco, stafilococco, pneumococco).

La via ascendente dell'infezione urinaria. (Sulla cistopielite da deflorazione)

Dott. RINALDO RINALDI. — Riporta la storia clinica di tre ammalate le quali subito dopo la deflorazione sono state colpite da pielite acuta (b. coli) e considera queste forme come esempi tipici di infezione ascendente. Non crede però che il termine di pielite da deflorazione sia corretto. La deflorazione non rappresenta il movente patogenetico essenziale della pielite.

Concludendo propone di catalogare queste forme di pielite insieme a quelle della gravidanza e della mestruazione in un solo capitolo di infezioni urinarie da causa genitale per dare così il giusto valore al fattore neuro-ghiandolare che sta alla base di queste complicanze infettive delle alte vie urinarie.

Considerazione su di un caso di endocardite acuta reumatica.

Dott. GIOVANNI MARTELLI. — Espone un caso di endocardite reumatica in un ragazzo di 15 anni, che già ebbe a soffrire di reumatismo articolare. È un esempio tipico della « maladie rhumatismale » di Bezançon a localizzazione esclusivamente cardiaca, endocardiaca e miocardiaca.

La puntura lombare nella chorea minor.

Dott. LUIGI GREPPI. — Eseguì ricerche per esaminare il liquido cefalo rachidiano e per osservare quali effetti terapeutici potesse avere la puntura lombare, in 9 casi di corea: questo per portare un contributo personale in un argomento in cui le opinioni sono tuttora discordi. Dei suoi casi quattro presentarono nell'anamnesi o nel decorso o nella conseguenza sintomi di natura reumatica: in nessuno fu potuto mettere in evidenza la sifilide, in uno solo poteva sussistere il dubbio di rapporti tra corea ed encefalite epidemica. Il liquor presentò in 5 casi una lieve linfocitosi (da 2,5 a 8 per mmc.): in tre anche un lievissimo aumento dell'albumina; in tutti una glicorrachia aumentata (gr. 0,75-0,85 a 1,08-1,26 %): l'iperglicorachia non deve però essere considerata come un segno di encefalite letargica. Il valore terapeutico della puntura lombare nella corea appare indubbio in tutti i casi osservati ed in qualcuno è evidentissimo: forse talora essa agisce sul fattore neurotico, ma altre volte pare agisca diminuendo l'ipertensione endocranica e causando l'eliminazione di eventuali sostanze tossiche.

Primi risultati ottenuti dalla cura della tubercolosi cutanea con estratti metilici di bacilli di Koch.

Prof. MARIO ARTOM. — Riferisce i risultati delle esperienze personali presentando i malati curati con l'antigene metilico. Tali esperienze si riferiscono a 7 pazienti di cui 3 lupus volgari, 4 lupus eritematosi e da esse deduce che tal mezzo di terapia si dimostra specialmente utile nel lupus volgare.

Ancora sulle cosidette "encefaliti consecutive alla vaccinazione jenneriana".

Dott. PIERO FORNARA. — Ricorda 7 casi personali di disturbi cerebrali osservati dopo vaccinazione, in 2 certo non vi erano tra sintomi nervosi e vaccinazione che rapporti di coincidenza, in un terzo fu dimostrato come le manifestazioni patologiche cerebrali comparse 8 giorni dopo la vaccinazione dipendessero da un'infezione secondaria della escara vaccinica mentre in 4 osservati a distanza dalla viccinazione non fu possibile stabilire nulla in proposito all'eziologia dei disturbi presentati.

Il Segretario: P. FORNARA.

Accademia Medica di Teramo.

Seduta del 7 dicembre 1927.

Presidenza: Prof. D. MAESTRINI, presidente.

Nuove vedute sulla terapia del diabete.

Prof. MAESTRINI DARIO. — L'O., dopo aver ricordato l'apparato che regola il grado di glicemia tratta del diabete dei grassi, del diabete dei gottosi, del diabete adrenale e del diabete grave pancreatico.

Tratta poi delle norme da seguire prima di iniziare una cura antidiabetica e delle diete diabetiche.

Parla dell'insulina e delle sue indicazioni; del nuovo estratto pancreatico, escogitato dai tedeschi « Glukhorment » che ha la stessa applicazione ed efficacia dell'insulina, e su essa il vantaggio di poter essere somministrato per bocca senza perdere la sua efficacia (il che non si ha purtroppo con l'insulina)

Parla anche del principio attivo della segala cornuta « Ergotamina », che, paralizzando il simpatico, può essere somministrato come antidiabetico.

Infine parla sul tentativo, fatto da un giovane chirurgo, per la cura del diabete, di recidere cioè gli splancnici, allo scopo di paralizzare la secrezione interna della capsula surrenale.

Su questo esperimento l'O. espone la sua impressione e domanda se un diabete possa giustificare un'operazione di tale importanza o per meglio dire, che presenta un pericolo gravissimo, quando vi sono tanti altri mezzi per la cura del diabete.

Il timore di attuare la suddetta operazione sta nel fatto che alcune volte il morbo di Addison è proprio soltanto sostenuto da un'alterazione degli splancnici.

L'O. quindi, si domanda se, per non essere un diabetico, l'ammalato vorrà correre rischio di addivenire un addisoniano.

Sulla comunicazione del prof. Maestrini, prende la parola il prof. ROMANO, il quale parla della scoperta del diabete pancreatico, che rivendica a De Dominicis. Parla pure della cura casuale del diabete grave.

Tumore laringeo stenosante asportato con la laringofessura.

Prof. PADULETTI. — Si trattava di un voluminoso tumore endolaringeo, estratto dopo l'apertura esterna della laringe.

Caso interessante per la sua rarità, per la grossezza del tumore, ch'era rimasto parecchi mesi nell'interno della laringe, senza dare altri disturbi che un po' di raucedine e qualche difficoltà di respiro.

Contributo allo studio della etiologia e delle gravidanze estrauterine tubariche. Un caso di paranefrite suppurata e di nefrite apostematosa.

Dott. ROMUALDI P. — L'O. in base allo studio di 136 casi, raccolti nella Maternità dell'Ospedale di S. Giovanni in Roma e nell'Ospedale di Teramo, afferma che in un quarto di casi non si riesce a spiegare la causa dell'anomalo impianto dell'uovo con le vigenti teorie. Su questo gruppo alcune volte trattasi di ipoplasiche, il che era già noto; in altre di donne dai 35 ai 45 anni con le note di menopausa già iniziate. Secondo l'O. è logico pensare in questi casi ad una alterazione primitiva della funzione ovogenetica dell'ovaia. Illustra due casi da lui operati, l'uno del primo, l'altro del secondo tipo. Ha in corso ricerche anatomo-patologiche di parecchi casi, sotto la guida del prof. Dionisi.

Sopra un caso di ascesso pararenale e nefrite apostematosa.

In base ad un caso che illustra, sostiene che non sempre l'ascesso pararenale è secondario a rottura di un ascessolino corticale del rene, come si tende oggi ad ammettere. Nel caso in parola la nefrite apostematosa sorse certamente dopo la evacuazione della raccolta pararenale, favorita forse dal trauma operatorio e della stasi prodotta dai tamponi che alienavano il cavo.

Il prof. ROMANO, medico provinciale, prende la parola « sulla etiopatogenesi della nefrite apostematosa », insistendo sulla infezione per contiguità, trattandosi di un caso che fu precedentemente operato di ascesso perirenale.

M.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla velocità di trasmissione dell'onda del polso.

Con un metodo speciale che si vale della registrazione ottica con l'elettrocardiografo di Cambridge, fu determinata da Beyerolin O. (*Acta med. scand.*, 1927, fasc. 3) la velocità dell'onda del polso. Essa è, in media, negli adulti di circa 7 metri al secondo. Il valore più basso, nei bambini, fu di metri 4,30, il più alto, nei giovani, fu di m. 8,66. I pazienti erano in completo riposo; le misurazioni furono fatte lontano dai pasti.

Nelle donne la velocità è di circa il 5 % inferiore. A parità di condizioni, nei vari soggetti normali, la velocità può variare di un paio di metri al secondo.

La frequenza del polso non pare influisca sensibilmente sulla velocità della sua onda.

Non si può determinare con precisione se la grandezza del volume di sangue emesso ad ogni sistole influenza la velocità dell'onda del polso nei normali: nelle aritmie, in cui si hanno sistoli di vario volume, non si notano sensibili differenze nella velocità dei polsi rispettivi.

La pressione del sangue ha invece una evidente influenza sulla velocità dell'onda, nel senso che un aumento della pressione accelera l'onda.

Le variazioni della velocità dovute al sesso e all'età, in definitiva dipendono dalla pressione arteriosa. Però, in un dato individuo, dall'altezza della pressione sistolica non si può inferire la velocità dell'onda del polso.

Variazioni di 1 metro per secondo a breve distanza di tempo sono nei limiti fisiologici.

DORIA.

L'effetto degli estratti del lobo posteriore della pituitaria sulla circolazione.

Swale Vincent e F. R. Curtis (*Endocrinology*, vol. X, n. 6) si sono proposti di indagare sistematicamente l'effetto sulla circolazione degli estratti del lobo posteriore della pituitaria in differenti specie di animali, adoperando varie specie di anestesia, usando differenti dosi di estratti ottenuti con metodi diversi.

A tale uopo fecero esperimenti su cani, gatti e conigli anestetizzati con etere o cloroformio e che avevano ricevuto iniezioni di morfina, o morfina e curaro, o morfina, curaro e atropina. Adoperarono estratti di ghiandole fresche di bue oppure di ghiandole disseccate.

Nei cani osservarono in tutti i casi e con tutte le dosi di estratto di lobo posteriore di pituitaria fresca, una ascesa della pressione del sangue dopo ogni iniezione; più tardi le dosi dovevano essere aumentate per produrre l'effetto.

Nei gatti anestetizzati con cloroformio, gli estratti di pituitaria disseccata produssero discesa della pressione del sangue, più evidente con ripetute iniezioni; invece gli estratti di ghiandole fresche non mostrarono tendenza a produrre con successive iniezioni diminuzione della pressione. Usando invece anestesia eterea e praticando iniezioni successive di estratto di ghiandola fresca i risultati furono simili a quelli ottenuti nei cani; con estratti di ghiandola seccata si ottenne una iniziale diminuzione della pressione seguita da elevazione e poi da nuova discesa.

La somministrazione di morfina in aggiunta alla narcosi eterea o dopo di essa, non modificò nei gatti i risultati. La somministrazione di curaro ai gatti morfinizzati fece sì che dopo la prima iniezione di estratto di ghiandola seccata si producesse una enorme ascesa della pressione, con rapido ritorno al normale. Ripetendo la iniezione si ebbe invece discesa della pressione.

Nei conigli l'estratto di ghiandola sia fresca, che secca, produsse sempre un graduale aumento della pressione dopo ciascuna iniezione, mai diminuzione.

VICENTINI.

CASISTICA.

Tifo esantematico endemico benigno (malattia di Brill).

Plazy, Marçon e Carloni descrivono alcuni casi, il cui quadro clinico ricorda le descrizioni fatte da Brill, Netter ed altri.

La malattia, di natura benigna, si presenta senza prodromi; improvvisamente il paziente avverte cefalea, stanchezza, rachialgia, temperatura febbrile.

Si aggiungono presto disturbi delle vie digerenti, con lingua patinosa, arrossata ai bordi, ma umida; anoressia; addome meteorico, indolente; stitichezza frequente (80 % dei casi). In breve cessano i sintomi di prostrazione; lo stato generale si conserva buono.

Si può notare lieve reazione splenica, con ingrandimento nel 50 % dei casi; il fegato, il cuore sono normali; la pressione è un po' bassa; nei polmoni si può riscontrare sovente una leggera bronchite acuta.

Dal secondo all'ottavo giorno appare su tutto il

corpo, eccetto il viso, un esantema, che procede a tappe successive, simile all'esantema morbilloso, o a forma di macchie rosee lenticolari. Queste macchie sono separate fra loro, a forma ovalari o arrotondate, raramente rilevate, che spariscono con la pressione, della grandezza da una testa di spillo a quella d'un pisello. Si possono trovare anche al palmo della mano e negli spazi interdigitali. In due casi assunse l'aspetto di porpora, come feccia di vino, e non spariva con la pressione. Cessate, lasciarono delle macchie brunastre; mai è stata notata una desquamazione.

Contemporaneamente appare nell'80 % dei casi un enantema bucco-faringeo: in alcuni casi è limitato all'arrossamento del velopendolo; in altri casi si possono notare dei punti emorragici, su un fondo rosso; alcuni di essi possono ulcerarsi. Questo enantema si accompagna spesso ad una congiuntivite di uno od entrambi gli occhi; tutte queste eruzioni esterne e interne durano da 3 ad 8 giorni.

La febbre, che giunge fino a 40°, dura da 8 a 14 giorni, e termina bruscamente in uno o due giorni. In generale dopo due giorni di apiressia, risale di nuovo, per cessar poi completamente. Le urine non presentano nulla di anormale.

I sintomi cessano e solo resta una notevole astenia, che dura alquanto tempo, ed una instabilità lieve del polso.

Gli esami batteriologici hanno dato tutti esiti negativi, sia per le emoculture, sia per le sierodiagnosi; nel sangue s'è riscontrata una leucocitosi con mononucleosi, e una lieve anemia della serie rossa.

Tale malattia più frequentemente si sviluppa nei mesi caldi, ed essa è dovuta alla puntura di pidocchi; la profilassi quindi consiste nel preservarsi dalle punture.

La prognosi di tale malattia è buona, perchè guarisce sempre, senza lasciar tracce.

(*Tribune Méd.*, n. 1, genn. 1928). CARUSI.

La morte improvvisa nel tifo.

J. Jacobi (*Medizinische Klinik*, 1927, n. 9) descrive il caso clinico di una ragazza 17enne, affetta da paratifo B, accertato con l'emocultura e decessa improvvisamente dopo circa un mese di malattia.

All'autopsia, è risultata: trombosi della vena femorale sinistra, embolia dei rami principali di ambedue le arterie polmonari. L'A. fa rilevare la rarità del caso e l'impossibilità della diagnosi durante la malattia, poichè la trombosi della vena femorale non ha dato manifestazioni cliniche, nè mai la ragazza si era lamentata di sensazioni dolorose locali; non sono mai stati osservati edemi.

Anche poco frequente è l'occlusione di entrambi i rami delle arterie polmonari; siccome la morte è avvenuta dopo due « shock » a breve distanza l'uno dall'altro, l'A. ritiene che l'occlusione dei due rami non sia stata contemporanea.

fil.

L'azione dell'azotemia nella curva termica della spirochetosi itterigena.

La classica curva della febbre nella spirochetosi itterigena è ben nota: essa sale bruscamente verso il 39°, resta a questo livello per qualche giorno poi scende rapidamente a 37° o anche al di sotto per un periodo di due giorni od una settimana a cui segue un altro periodo febbrile uguale al primo. Onde il nome di ittero a ricadute. Quale è la causa della apiressia intermedia? Le ipotesi emesse per spiegarla sono state numerosissime. Tra le principali è quella di Inada che ritiene si debba attribuire alla produzione di anticorpi. Garnier e Reilly obiettano che non si comprende come una produzione così forte di anticorpi permetterebbe poi al male di evolvere con un decorso talora fatale, e ritengono che causa dell'ipotermia sia la presenza nel sangue di sali biliari. Questi agirebbero come un vero medicamento chimico; sopprimendo la setticemia produrrebbero la caduta della febbre. Ma vi sono delle forme anitteriche in cui la febbre cade senza che vi sia colalemia. Anche le ipotesi emesse per spiegare la recrudescenza febbrile sono passibili di critiche. Non si può attribuire alla setticemia, poichè in questo momento il sangue non è più virulento. Per Inada essa sarebbe dovuta a una reazione dell'organismo contro l'assorbimento di tossine. Nell'istante in cui l'organismo si trova completamente immunizzato esso entrerebbe in stato di anafilassi per i prodotti di disintegrazione delle spirochete e reagirebbe sotto forma di febbre.

Garnier e Reilly ammettono che invece la nuova piressia si debba a una nuova invasione di spirochete.

Etienne Bernard e Gilbert-Dreyfus (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, seduta 4 nov. 1927) riprendono invece l'opinione del Lemierre che ha descritto l'azione ipotermizzante della azotemia, e in un caso a lungo studiato, e con il sussidio di altri argomenti che sarebbe troppo lungo riportare, emettono una *nuova teoria*: il periodo di apiressia che si ha nella curva classica della febbre nella spirochetosi itterigena è dovuto all'elevato grado raggiunto in quel momento dalla azotemia, che ha una ormai ben dimostrata azione ipotermizzante. Gli AA. hanno infatti trovato che man mano che la azotemia si eleva la febbre si abbassa, nel periodo di massima azotemia la febbre manca, e mano a mano che si riabbassa l'azotemia torna la febbre. L. TONELLI.

TERAPIA.

La cura della febbre da fieno.

Come è ben noto la febbre da fieno è dovuta alla sensibilizzazione dell'organismo in confronto di polline di fiori. Pertanto il trattamento dovrebbe essere indirizzato alla desensibilizzazione, che può essere specifica e non specifica.

La desensibilizzazione specifica si ottiene mediante iniezioni preventive di estratti pollinici in dosi gradatamente aumentate. Si comincia con una iniezione di cmc. 0,15 di soluzione al decimillesimo e si seguita praticando un'iniezione alla settimana aumentando a poco a poco la dose. Il trattamento deve essere iniziato tre o quattro mesi prima del periodo nel quale sogliono manifestarsi le crisi. Le iniezioni di estratti pollinici producono qualche disturbo, come dispnea a tipo asmatico, nausee, dolori precordiali, orticaria.

La desensibilizzazione non specifica è, secondo molti, preferibile appunto perchè non provoca disturbi. Si ottiene con l'autoemoterapia (iniezioni nelle regioni glutee a giorni alterni e per venti giorni di 5, 10, 15, 20 cmc. di sangue prelevato da una vena dello stesso individuo) e con l'autosieroterapia (iniezioni ipodermiche di 1/4, 1/2, 1, 1 1/2, 2 cmc. di siero dello stesso infermo). I risultati di questo trattamento non sono costanti.

Il peptone vanta numerose guarigioni, ed ha il vantaggio di non provocare disturbi di sorta. Esso deve essere quindi tentato in ogni caso. Si somministra per via orale, ipodermica ed intradermica.

Per via orale si dannò cartine di gr. 0,50 di peptone un'ora prima dei tre pasti quotidiani.

Le iniezioni si praticano con soluzioni al 5 %: da 5 a 10 cmc. a giorni alterni.

Per le iniezioni intradermiche si adopera una soluzione al 50 % ed un ago sottilissimo. Si praticano nella regione deltoidea o nella regione esterna della coscia. L'ago tenuto orizzontalmente s'infigge nell'epidermide e poi nel derma, in modo che sia visibile per trasparenza. Si inietta da 1/10 a 3/10 di cmc. Una leggera resistenza all'introduzione del liquido ed un lieve risalto della cute prova che il liquido è penetrato nel derma. Verso la decima o dodicesima iniezione si delinea un edema locale; si riducono allora le dosi e si ritorna a 1/10 o anche ad 1/20 di cura. Occorrono venti iniezioni quotidiane. La cura deve essere iniziata con il manifestarsi dei primi disturbi.

La radioterapia, l'alta frequenza, i raggi ultravioletti, le cauterizzazioni della mucosa nasale non hanno dato risultati incoraggianti.

Per diminuire le sofferenze giovano le istillazioni sulla mucosa nasale e sulle congiuntive della seguente soluzione:

Cloridrato di cocaina	gr.	0.20
Adrenalina al millesimo	gocce	XXX
Acqua distillata	gr.	10

DR.

Asma e malattie nasali.

J. Dundas-Grant (*The Practitioner*, dic. 1927) fa rilevare l'importanza delle condizioni nasali nella genesi dell'asma. Il trattamento di queste porta alla guarigione nel 40-50 % circa dei casi ed un certo miglioramento nel 40 %.

L'area da cui parte più spesso il riflesso che produce l'asma può ritenersi che sia la parte superiore e posteriore del setto nasale, mentre il turbinato medio sembra la struttura più adatta per eccitarlo. Non è però sufficiente l'asportazione di una parte più o meno grande del turbinato medio se si lasciano altre parti che toccano ed irritano la zona sensibile del setto. Non bisogna però essere troppo generosi nelle asportazioni ed è meglio procedere per gradi.

L'A. dà alcune indicazioni tecniche operative in casi di ingrossamento cistico del turbinato ed insiste sul grande valore che può avere l'applicazione locale di un unguento a base di anestesina e di adrenalina, la quale può dare effetti sorprendenti. Altri autori hanno osservato buoni risultati con l'anestesia locale della mucosa che si trova sul ganglio sfeno-palatino; poco invece può aspettarsi dalle cauterizzazioni sul probabile decorso del nervo naso-palatino.

Non bisogna però ritenere che tutti gli individui in cui il turbinato medio viene in contatto col setto o che hanno il naso pieno di polipi abbiano anche l'asma. Questo può in complesso considerarsi come una cartuccia che può esplodere per mezzo di un detonatore, che può essere in qualche caso il turbinato medio, ma che non esplode se non è carica. Il trattamento può quindi essere diretto alla carica od al detonatore. *fil.*

Formulario.

Nel laringospasmo.

Muschio	ctg.	*dieci*
Bromuro di potassio	gr.	*dieci*
Sciroppo di fiori d'arancio		
Acqua distillata	anagr.	*trenta*

3 cucchiai al giorno.

Contro la bronchite cronica.

Carbonato di guaiacolo	ctg.	*cinquanta*
Terpina	»	*venticinque*
Codeina pura	»	*due*

p/ 1 carta e tali n. 12 4 al giorno.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Topofilassi anticolloidoclasica. — Al dott. C. de P., Celano:

Contro i pericoli dello shock anafilattico, che da molti è identificato nella sua essenza con lo shock colloidoclasico, fu consigliata da Besredka l'introduzione preventiva (per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa, intrarachidea) di piccole quantità dell'antigene (siero o altro medicamento), che, successivamente introdotto, in dose massiva non si mostrava più capace di provocare lo shock. Tra le iniezioni a dosi subentranti profilattiche e la dose massiva doveva decorrere un certo tempo che andava da parecchie ore per la via intramuscolare a pochi minuti nella via endovenosa. Si poteva così rapidamente e nella via endovenosa ed intrarachidea (Tachifilassi) fulmineamente proteggere l'organismo contro l'insorgenza dello shock.

Approfittando di questa proprietà, Sicard, Paraf e Forestier hanno cercato di rendere più semplice e spedito il metodo, facendo precedere alla iniezione massiva della sostanza per via endovenosa, l'introduzione lenta nelle vene del braccio a circolazione interrotta (applicando un laccio alla radice del braccio) di una piccola quantità del rimedio. Dopo cinque minuti, aperto il laccio in maniera che il rimedio entri lentamente nel circolo, si procede alla iniezione massiva. Questo metodo di prevenzione è stato denominato dagli autori *topofilassi anticolloidoclasica.*

T. PONTANO.

Taurocolato sodico ed empiema. — Al dott. C. de P., Celano:

Il taurocolato sodico al 5 % manifesta azione bacteriolitica in vitro sul pneumococco (prova di Neufeld). Per tale virtù, e per l'innocuità del taurocolato, esso può essere introdotto nella pleura in occasione di pleuriti da pneumococco. Ma pleura malata e tubo di cultura in termostato non sono condizioni di vita paragonabili, e i tentativi di antisepsi nelle infezioni della pleura hanno fallito anche nelle mani dei più ostinati.

T. PONTANO

Certificati di morte. — All'abb. n. 12112:

Dal combinato disposto degli articoli 25 della Legge 22 decembre 1888, n. 5849 e 3 del Regolamento 25 luglio 1892 n. 448, risulta che i medici esercenti devono, nei casi di morte di persone da loro assistite, denunciare la malattia che, secondo la loro *scienza* e *coscienza*, è stata la « causa » della morte.

Nel caso di persone non assistite il medico necroscopo deve ricercare pure la causa della morte, ma è manifesto che in tali casi questa non può essere indicata che con quella approssimazione che è concessa dalle indagini anamnestiche e dalla osservazione obiettiva: chè se si volesse una esattezza maggiore si dovrebbe ricorrere alle autopsie, quando consentite (art. 41 del Regolamento di polizia mortuaria).

Le schede vengono esaminate all'Istituto centrale di statistica da un medico, il quale contrassegna ciascuna dichiarazione sulla « causa » della morte con un numero corrispondente alla voce analoga della classificazione prestabilita dalla Commissione internazionale per l'ordinamento delle statistiche sanitarie e che comprende 206 voci, di cui alcune suddivise in due o più malattie.

Ora l'Istituto centrale di statistica ha osservato che spesso la indicazione della causa di morte, anzichè riferirsi al processo morboso fondamentale, si limita ad indicare qualche sintomo (ad es. convulsioni) oppure l'accidente terminale (ad es. paralisi cardiaca). Ad eliminare, per quanto possibile, tale inconveniente il Ministero dell'Interno ha disposto che gli Ufficiali sanitari controllino le schede nominative di morte per un preventivo esame, affinchè le statistiche delle cause di morte, di tanto interesse per la Sanità Pubblica, possano con ogni maggiore esattezza rispecchiare lo stato sanitario del paese.

C.

Al dott. F. M., Gasperina:

Per la diatermia ottimo il BORDIER, 4ª edizione uscita in questi giorni (volume di p. 630, fr. 60): *Diathermie et diathermothérapie.* Baillière, ed.

Per l'altra parte in italiano uscirà fra breve un volume sull'argomento (chiedere notizie dott. Coniglio, Lungo Lario Trento, Como). Buono in francese il GUILLEMINOT. (*Electrologie, Radiologie*, Masson ed. Fr. 40).

E. M.

All'abb. n. 2365:

Non mi risulta che si pubblichi ancora la « Rivista delle malattie infettive ». Come trattati su dette malattie vedi: 1) il *Trattato delle malattie infettive dell'uomo e degli animali*, diretto da LUSTIG (F. Vallardi, editore, Milano); 2) le monografie del *Trattato italiano di igiene*, diretto da O. CASAGRANDI (Un. Tipogr. Editrice Torinese), ed i volumi del *Traité d'hygiène* (Baillière, Paris).

il.

VARIA.

La prima traduzione di una enciclopedia araba del X secolo « l'El Hawi ».

Il conte Paolo Durrien ha scoperto alla Biblioteca Nazionale di Parigi la prima traduzione latina dell'enciclopedia araba: « l'El Hawi », attribuita a Rhasis o Rhazes, medico persiano del x secolo, e che comprendeva non meno di 25 libri.

Farag, medico ebreo, figlio di Salem, dottore della scuola di Salerno, interprete di Carlo d'Angiò fu il traduttore.

Carlo d'Angiò Re della Sicilia, prese sotto la sua protezione i maestri nell'arte di curare e di guarire e dette loro, senza distinzione di razza o di religione, delle pensioni e fece dell'esercizio della medicina una vera istituzione di Stato.

Avendo ufficiali relazioni col Califfo di Tunisi, Carlo gli domandò un esemplare dell'« El Hawi » e avutolo incaricò Farag della traduzione. La udienza degli ambasciatori è riprodotta in bellissime miniature del libro scoperto, come è riprodotto il Re di Sicilia che consegna a Farag l'opera araba e lo prega di tradurla.

Farag, dopo un anno di lavoro assiduo, termina a Napoli la sua traduzione il 12 febbraio 1279. Il medico di Carlo d'Angiò, il francese Giovanni di Néelle, nella sua qualità di Bibliotecario del Re, è presente alla consegna del manoscritto che l'abile mano di un tal Giovanni decora di meravigliose miniature.

In una di queste miniature è rappresentato Carlo accompagnato dal suo intendente che paga a Farag il prezzo del lavoro.

Nella Biblioteca Nazionale di Parigi, al n. 6912, delle opere latine, figura un bell'esemplare della traduzione di Farag in 5 volumi di gran formato coperti d'una rilegatura in marocchino rosso con le armi di Colbert. Così scrive « l'Art Médical » di Nizza.

Dalla scuola di Ruggero da Palermo con la sua *Practica* scritta verso il 1180 ed illustrata poi dal suo allievo Rolando da Parma (1250) prendono origine quattro scuole:

1) la scuola Salernitana con i discepoli di Rolando da Parma;

2) una scuola italiana eclettica rappresentata da Gerardo di Cremona (1187) che tradusse Ippocrate Galeno e Rhazes, da Guglielmo Saliceto (1201-1277) che scrisse una sua chirurgia che fu chiamata *Guglielmina* e dal suo discepolo Lanfranco da Milano che fu il creatore della Chirurgia in Francia;

3) una scuola francese con Henry de Mondeville (1260-1320) seguace di Lanfranco;

4) una scuola greco-araba per opera del calabrese Bruno da Longobucco che diffuse nell'alta e media Italia il sapere chirurgico appreso da Ruggero ed aumentato dalle conoscenze de' nuovi testi arabi e persiani (Rhazes, Avicenna, Alì-Abbas, Albucasis) che la munificenza dell'imperatore Federico II di Svevia avea fatto venire dalla Siria e tradurre in latino.

Pare adunque che prima del Farag e di Carlo d'Angiò, Gerardo da Cremona e Federico II avessero fatto conoscere in Italia le opere di Rhasis o Rhazes che dir si voglia.

Ora Rhazes (n. circa la metà del sec. IX, m. 923 d. C.) si chiamava Abu Bakr Muhammad bin Zakarsa ar Rasi, ed era, come si disse, persiano. Da uno scritto di Salomone Negri, conservato nella Biblioteca Hunteriana di Oxford, si rivelano i titoli di 232 opere di Rhazes.

« Il Continente » che è la sua 98ª opera dedicata a Abu Salih Mansur governatore di Ravy, si compone di dieci libri e il nono è quello che tratta: *De morbis qui accidunt a vertice ad pedem*, e che si commentava nelle scuole mediche del secolo XV.

Dott. CECCHETELLI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

SCHIASSI FRANCESCO. *Distribuzione del liquido nelle cavità pleuriche.* — Bologna, L. Cappelli, 1926.

SEGRE RICCARDO. *Sulla musculatura degli atri cardiaci e suoi rapporti col sistema di conduzione dell'eccitamento.* — Milano, A. Cordani, 1926.

ID. *Considerazioni sopra una rarissima forma di elettrocardiogrammo.* — Milano, A. Cordani, 1926.

VICENTINI FILANDRO. *Sulla diagnosi botanica della « Leptotrix Racemosa » e sulle sue relazioni con la moderna dottrina batteriologica.* — Chieti, Arti Grafiche, 1926.

D'ARBELA FELICE. *Sulla tromboflebite splenomegalica.* — Siena, Tip. L. Bernardino, 1926.

DE BLASI A. *Quello che la Clinica attende dal laboratorio per la cura e la profilassi della malaria.* — Napoli, Tip. dello « Studium », 1926.

DESTEFANO y VACCAREZZA. *Tratamiento del carbunclo humano.* — Buenos-Aires, C. Spinelli, 1926.

DE TONI GIOVANNI. *Rendiconti biennio* 1924-26 *dell'Ospedale infantile « Cesare Arrigo » di Alessandria.* — Alessandria, Tip. Spiga, 1924.

DELLA MANO NINO. *La lussazione dell'osso semilunare.* — Milano, F. Vallardi, 1926.

FIOMBERTI A. MARIO. *Il liquido cefalo-rachidiano nella diagnostica neuro-psichiatrica.* — Pesaro, G. Federici, 1927.

FRANCIONI GINO. *Paralisi progressiva: cura malarica; reperti anatomici.* — Pesaro, G. Federici, 1926.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INTERESSI PROFESSIONALI.

Specialità medicinali.

I medici in genere non hanno un'opinione precisa sull'utilità o meno delle specialità medicinali. Dai più se ne dice male, ma in pratica le prescrizioni di farmaci già preparati va sempre più diffondendosi. V'è un contrasto tra il giudizio e la condotta dei medici il quale merita d'essere analizzato.

In generale le specialità medicinali sono considerate con diffidenza perchè non si sa rassegnarsi al tramonto della ricetta, più o meno elaborata, che costituisca il pezzo scritto, il documento della scienza del medico. I virtuosismi della ricettazione erano un tempo molto apprezzati. Pochi vi si sottraevano ed anche clinici insigni non disdegnavano prescrizioni complesse e di lunga preparazione.

La rinuncia alla ricetta è perciò sentita come l'abbandono di una consuetudine apportatrice di prestigio e di decoro.

Ma questo sentimento nostalgico è sopraffatto dal bisogno di risparmio di energia.

Se è vero che la suprema finalità della clinica è la terapia, è pur vero che le necessità della diagnostica sono tante e tali da lasciar poco margine agli esercizi mneumonici che richiede la ricettazione, almeno come s'intendeva una volta.

Senza dubbio la ricetta importa un giuoco di responsabilità. Gli errori nell'indicazione dei farmaci e loro dosi, sono possibili e si verificano sia pur non frequentemente. È ben vero che questi errori dovrebbero e possono essere corretti dai farmacisti, ma l'esperienza insegna che su queste correzioni non si può contare sicuramente.

D'altra parte il solo timore di essere incorsi in errori costituisce per alcuni medici la causa di veri stati di preoccupazione e di angoscia. Qualche consulente ha ovviato a questi inconvenienti facendo stampare le ricette appropriate per ciascuna malattia, che vengono consegnate ai malati con eventuali modificazioni richieste dalla particolarità dei singoli casi. È un sistema comodo che si presta però a critiche. In fondo sarebbe preferibile ricorrere ad una delle tante specialità a formula più o meno complessa che si trovano bene e preparate in commercio, evitando al pubblico le lunghe attese della preparazione in farmacia.

Oltre a questo vantaggio del risparmio di tempo le specialità ne offrono altri per i malati.

Esse danno garanzia di purezza, di uniformità di composizione, per modo che la loro azione può essere precisamente calcolata.

Più che nei grandi centri questi vantaggi sono apprezzati in quelle località dove il farmacista manca o non si può contare sulla sua scrupolosità. Il medico ha a sua disposizione tutti i medicamenti già preparati e dosati, pronti per l'uso.

Ciò vale sopra tutto per i principi attivi, gli alcaloidi, i glucosidi, i farmaci a costituzione definita che si trovano in commercio sotto forma di granuli, tabloidi, compresse, soluzioni, fiale esattamente dosati e garantiti per la loro purezza.

Ma non si può disconoscere che utili per i medici e per gli ammalati possono essere anche quelle specialità a composizione complessa di cui il mercato oggi è addirittura inondato. Se ne preparano tante e tali varietà per composizione qualitativa e quantitativa, che se ne possono trovare adatte per ciascun caso.

Queste specialità per rendersi accette al pubblico sono curate minutamente nella loro preparazione, in modo da non offendere il gusto e l'odorato, e da riuscire anzi gradite.

Oltre a ciò sono presentate in scatole eleganti, in bottiglie dalle forme graziose, in pasticche e granuli con forme e colori analoghi a quelli delle più ghiotte confetterie: elemento estetico non trascurabile non solo per sottrarre ai farmaci ogni fattore sgradevole, ma sopratutto per la sua azione suggestionante.

Si è detto che la industria delle specialità sia caduto in eccesso. In effetti esse non si contano più. Ogni giorno ne compaiono all'orizzonte in numero considerevole, ma fortunatamente molte hanno una vita effimera anche se riscaldata ed illuminata da una sapiente pubblicità. Si tratta quindi di un eccesso non dannoso, forse anche utile in quanto la concorrenza fa migliorare i prodotti ed abbassare i prezzi.

L'unico, il vero pericolo delle specialità sta nelle indebite forme di propaganda fatta direttamente sul pubblico o di suggestione esercitata sui medici.

Vi sono case produttrici che si rivolgono direttamente al pubblico per vantare le loro così dette specialità. I quotidiani sono pieni di annunzi che decantano le virtù mirabolanti di intrugli capaci di guarire ogni specie di male. Ai certificati di medici, che ancora si prestano a questi trucchi, sono aggiunte dichiarazioni di personalità più o meno note che con tali mezzi procurano di avvantaggiare la loro notorietà.

La sciocca vanità dei *guariti*, è lusingata con la

riproduzione di fotografie. Veri sistemi ciarlataneschi che dai vecchi si distinguono solo per i mezzi impiegati.

Naturalmente il pubblico fa le spese di questa costosa pubblicità pagando a peso d'oro questi prodotti, la cui innocuità per altro non è sicura.

Ma v'è ancora un'altra propaganda fatta direttamente sui medici, più sottile, più capziosa che può assumere una forma larvata di corruzione o mascherarsi con una veste scientifica.

Le case dei medici sono invase da avvisi e opuscoli d'ogni genere, il cui destino abituale è il sacco dei rifiuti domestici. Le stesse ditte ne sono consapevoli, tanto che non è raro leggere sulle buste o sugli involucri di questi libercoli: « non cestinate prima di leggere: è importante ».

Per sottrarre la pubblicità a questa sorte inevitabile, le ditte produttrici ora stampano riviste pseudoscientifiche.

Oramai ogni medico riceve mensilmente una buona collezione di periodici nei quali la scienza viene deformata, adattata alle esigenze commerciali.

Questo trucco è tanto più nefasto quanto più sapientemente mascherato. Non mancano articoli con firme anche note e che dovrebbero essere superiori ad ogni sospetto, le quali servono a coprire la merce avariata.

Tutto il resto della rivista è dedicato a lavori così detti originali che finiscono con la conclusione obbligata dell'efficacia dei farmaci cui sono dedicati. Queste riviste poi si scambiano le recensioni, tutto naturalmente a frutto della bottega.

Il medico ingenuo riceve la sensazione di avere davanti riviste serie, che lo erudiscono a buon mercato, anzi gratuitamente, e non si accorge di subire una deformazione mentale che lo obbliga senza averne la consapevolezza a prescrizioni assurde o inutilmente dispendiose per i suoi malati.

Dobbiamo purtroppo constatare che nessun'altra scienza, nessun'altra professione costituisce il campo di esercizio di un così indegno sfruttamento commerciale.

Per tutte le altre forme dell'industria e del commercio la propaganda non assume veste così capziosa. I prodotti vengono annunziati e decantati con le ordinarie forme di pubblicità, con la insistenza che arriva fino a persuadere, ma non prostituendo la scienza con la esibizione di lavori e di ricerche che di scientifico hanno solo la forma, e che assecondano abilmente gli scopi commerciali.

In fatto di medicina la cosa è tanto più grave in quanto vi è di mezzo la salute dei cittadini.

Non è dubbio che il tempo avrà ragione di questa indecorosa forma di pubblicità, molto costosa per le case produttrici anche per il compenso offerto agli autori più o meno ignoti, più o meno illustri.

Ma per ora è bene che i medici siano in guardia e diffidino di questa scienza bottegaia.

Pangloss.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA. — Due condotte; L. 7000 e 4 quinquenni dec.; L. 4 ogni pov. in più del 5 %; L. 300 uff. san.; L. 300 suppl.; L. 500-1800 trasp.; serv. entro 15 gg. Scad. 20 mar.

ANCONA. *Amministraz. Provinciale.* — Quattro posti nel Laborat. provinc. d'igiene e profilassi; scad. 31 mar.; v. fasc. 7.

AVEZZANO. *Ospedale Civile dei SS. Filippo e Nicola.* — Chirurgo primario; scad. 14 mar.; vedi fasc. 7.

BOLZANO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — A tutto 20 mar. a due posti di Direttore di Dispensari antitubercolari uno con sede a Merano e l'altro a Bressanone. Rivolgersi alla Segreteria del Consorzio (Palazzo provinciale). Età massima a. 40, salvo per gli aspiranti che si trovino in servizio stabile presso altro Consorzio antitubercolare. Stip. L. 18,000 e due quadrienni decimo.

BRESCIA. *Amministrazione Provinciale.* — Coadiuatore della Sezione medico-micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e di profilassi; scad. 20 mar., ore 16. Per informazioni rivolgersi Segreteria Generale.

CASTAGNETO CARDUCCI (*Livorno*). — A tutto 25 mar., per Bolgheri; L. 9500 e quadrienni dec. fino a metà dello stip. iniz., c.-v., addizion. L. 3 sopra 300 pov., L. 2000 cavalc.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15; serv. entro 15 gg.

CIVIDALE AL PIANO (*Bergamo*). — Ab. 3600 c., ospedale; L. 6500 per la resid., L. 642 uff. san., L. 750 trasp. ai cascinali; 5 quinq. dec.; L. 2 p. ciascun indigente e L. 5 p. ciascun semi-povero; scad. 60 giorni dal 20 gen.; età lim. 40 a.; chiedere annunzio.

COMO. *Ospedale di S. Anna ed Uniti LL. PP.* — Due medici-chir. aggiunti; scad. 20 mar.; v. fasc. 8.

COSTA VOLPINO (*Bergamo*). — Scad. 31 mar.; L. 10,000 oltre L. 2500 cav., L. 500 uff san., c.-v., L. 300 ambul., L. 700 indenn. spec.; tassa L. 50.10.

EGNA (*Trento*). — Scad. 10 mar.; escluse due frazioni; L. 7500 e 5 quadrienni dec., L. 750 uff. san., L. 2000 indenn. alloggio; tassa L. 50,20.

MODENA. *Commissione Reale per la Provincia.* — Coadiutore del Laboratorio Provinciale Medico-Micrografico. Scad. 15 mar. V. fasc. 6.

MONTE DI CAPODISTRIA (*Istria*). — Scad. 31 mar.; con Maresego; L. 9000 e quadrienni dec.; c.-v.; per uff. san. L. 1000; età 25-40 a., s. eccez. regolamentari. Tassa L. 50.

MONTERODUNI (*Campobasso*). — Scad. 40 gg. dal 9 feb.; L. 5640 (sic) e tre quinquenni decimo. Per informazioni rivolgersi Segreteria Comunale.

MONTE SAN GIUSTO (*Macerata*). — Scad. 15 mar.; obbligo serv. Osped. Civ.; stip. L. 8000 e 3 quadrienni dec.; L. 8000 indenn. operaz. chirurgiche ai poveri; c.-v.; L. 2500 cav.; L. 700 uff. san.; età mass. 40. a.

NAPOLI. — È aperto un concorso per Assistenti medici e chirurgi per uno nuovo Sanatorio per la cura della sterilità e delle malattie uterine. Spedire la domanda con i soliti documenti alla Direzione della « Scuola Medica » in Napoli, S. Giorgio a Forcella, 5.

PAVIA. *R. Clinica Chirurgica.* — Assistente effettivo, al 9 marzo; L. 7500, oltre L. 1700 serv. att.; c.-v. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.

POLLINA (*Palermo*). — Proroga 31 marzo.

PROVVIDENTI (*Campobasso*). — Scad. 20 marzo; v. fasc. 8.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Tredici tenenti medici in servizio permanente nel Corpo sanitario militare marittimo; scad. 20 apr.; vedi fasc. 8.

SAN DONÀ DI PIAVE (*Venezia*). — Uff. san.; a ore 17 del 31 mar.; L. 12,000; c.-v.; trasp. Lire 3000 se cavallo, L. 4000 se automob.; divieto esercizio libero; età mass. 40 a.; rivolgersi al Comune oppure alla R. Prefettura di Venezia.

TREVISO. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione Medica-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e di Profilassi; scad. 31 mar.; v. n. 7.

PORTO S. GIORGIO (*Ascoli Piceno*). — Ospedale cerca radiologo provetto; rivolgersi Congregazione di Carità.

CONCORSI A PREMI.

ROMA. *Scuola di perfezionamento in Storia delle Scienze.* — È aperto un concorso fra gli studenti della Scuola di Storia delle Scienze e del relativo Seminario presso la R. Università.

Le domande di ammissione al concorso (in carta da bollo da lire 2) dovranno essere inviate alla Segreteria della Scuola non più tardi del 1° aprile.

Il concorso sarà deciso entro il mese di aprile e il premio verrà aggiudicato dal Consiglio della Scuola, su proposta di una Commissione di tre membri nominati dal Consiglio stesso.

I premi sono di lire 500 e saranno pagati ai vincitori in due rate mensili posticipate, per ritirare le quali i vincitori dovranno esibire un attestato di frequenza ai corsi a cui sono iscritti, rilasciato dai relativi professori.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il premio Baccelli al merito clinico con medaglia d'oro è stato conferito per l'anno 1927 al prof. Giovanni Galli, in modo speciale per la monografia « L'Arteriosclerosi e il suo trattamento ». Al nostro amico e valente collaboratore vive congratulazioni.

Il prof. Bernardino Masci è stato nominato primario chirurgo nell'Ospedale dei Fate-Bene-Fratelli di Roma. Al valoroso nostro collaboratore i più cordiali rallegramenti.

Il dott. Raffaele Altobelli ha conseguito, presso la R. Università di Napoli, la libera docenza in patologia chirurgica, a pieni voti, riscuotendo il plauso della commissione. Rallegramenti.

Il dott. Emanuel David Friedman è nominato professore e direttore della clinica neurologica all'Università di New York.

Il dott. Sidney A. Smith, professore di medicina legale all'Università del Cairo, è stato chiamato a coprire la stessa cattedra nell'Università di Edimburgo. Lascerà il posto attuale il 31 marzo.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano.

Brefotrofio Provinciale di Milano.

In ossequio alla recente legge sulla Maternità ed Infanzia ed alle direttive tracciate dal Capo del Governo Nazionale, ed in conseguenza dello studio sulle condizioni assistenziali dei lattanti nel Brefotrofio di Milano, il Commissario straordinario della Provincia, on. avv. Sileno Fabbri — già benemerito per avere per primo istituito l'Ente provinciale del Fanciullo — ha ritenuto necessario ed urgente riorganizzare e trasformare l'attuale Brefotrofio (al quale ha sostituito il nome più adatto di *Istituto Provinciale di assistenza e protezione dell'infanzia*) adattandolo non solo al nuovo spirito informatore della legge sulla protezione dell'infanzia, ma elevandolo e facendolo assurgere al compito di centro di propaganda igienica, di educazione ed istruzione popolare sia per evitare le malattie dell'infanzia e sia per formare la necessaria maestranza assistenziale e vigilatrice.

Ad assolvere un compito così delicato e di vasta importanza sociale è stato chiamato il prof. Luigi Spolverini, attuale Direttore della Clinica Pediatrica di Pavia e recentemente nominato Direttore della Clinica di Roma, come la persona meglio indicata per le prove già date in simili contingenze.

Il futuro Istituto Provinciale di protezione ed assistenza all'infanzia secondo il piano elaborato dal prof. Spolverini, e colla piena approvazione dell'on. Fabbri, avrà l'organizzazione seguente:

I. *Puericultura prenatale*: *Asilo materno*:

Reparto A: ragazze-madri gestanti: sezione 1ª: in condizioni fisiologiche; sezione 2ª: in condizioni patologiche. Reparto B: donne gestanti affette da tubercolosi.

Il personale dell'Asilo materno comprende un ostetrico, un assistente, una levatrice.

II. *Puericultura postnatale*:

A) *Istituto centrale* (*Milano città*): 1) Consultorio; 2) sala di accettazione; 3) sala di osservazione. Sezione lattanti, sezione divezzi; 4) reparto di contumacia; 5) infermeria per lattanti sani. Sezione allattamento naturale e misto, sezione allattamento artificiale, sezione bambini malati; 6) infermeria per lattanti sifilitici: sezione allattamento naturale e misto, sezione allattamento artificiale, sezione bambini divezzi; 7) reparto per bambini affetti da oftalmie; 8) reparto d'isolamento; 9) reparto preparazione alimenti: sezione per il latte, sezione per gli altri alimenti; 10) reparto laboratorio scientifico-clinico; 11) camera incubatrice; 12) camera di terapia fisica (inalazioni, irradiazioni, ecc.); 13) reparto scuola Puericultura, con annessa scuola-convitto professionale per alunne interne ed esterne; 14) Museo e biblioteca di igiene infantile e delle opere riferentesi alla prima infanzia; 15) reparto dei bambini divezzi.

Il personale dell'Istituto centrale comprende un medico direttore, un aiuto, un assistente: esso provvederà al disimpegno del consultorio e del laboratorio oltre che alla visita giornaliera, indispensabile per ogni singolo bambino ricoverato; inoltre comprenderà un personale di assistenza e di vigilanza istruito per questo servizio.

B) *Servizio alla periferia* (*Milano Provincia*): 1) Medici ispettori per il servizio dei bambini fuori dell'Istituto (in numero da destinarsi) per: *a*) visitare e vigilare i bambini lattanti affidati alle proprie madri e ai tenutari; *b*) riferire periodicamente al direttore dell'Istituto sulle visite compiute, sui provvedimenti presi e su quelli proposti; *c*) funzionare da direttori delle Cattedre ambulanti di puericultura d'accordo coi Comitati locali; 2) Assistenti visitatrici di igiene materna e infantile (in numero da destinarsi), per visitare e vigilare (anche a scopo antitubercolare) i bambini lattanti e divezzi, e riferire regolarmente al medico ispettore.

Seduta della Società Italiana di Biologia Sperimentale.

Il giorno 26 gennaio ha avuto luogo nell'aula dell'Istituto di Anatomia Patologica della R. Università una seduta della Società Italiana di Biologia Sperimentale. Sotto la presidenza del prof. Carlo Foà il prof. C. Guerrini ha comunicato l'esito di sue esperienze sull'azione dinamogena degli estratti di semi non germinati studiata comparativamente nei semi normali e nei semi autoclavati. Prendendo le mosse da altre sue esperienze colle quali egli ha dimostrato che l'alimentazione dei piccioni con riso autoclavato produce in questi delle gravi alterazioni che sono però da scindere nettamente dall'avitaminosi il Guerrini ha sondato l'azione dinamogena (aumento dell'altezza della curva di contrazione del muscolo, ecc.) che comparativamente esercitano sulla rana l'estratto di semi normali e quello di semi autoclavati ed ha osservato che quest'ultimo non esercita azione dinamogena di sorta.

La prof.ssa Neppi ha fatto una lucida esposizione di quelli che sono stati gli studii sino ad oggi eseguiti sull'estrazione dell'ormone specifico dalla tiroide. Tali studii hanno messo capo alla scoperta della tirossina che si è anche potuta ottenere sinteticamente. Questa è perfettamente dosabile ma non presenta un'azione altrettanto spiccata quanto quella di altri estratti organici della tiroide: non ha ad esempio azione sul simpatico. Presumibilmente la tirossina non è che uno dei principi attivi della tiroide.

Il dott. E. Ghirardi ha compiuto uno studio sperimentale sulla cosiddetta sostanza vagale, sulla sostanza cioè che si è sostenuto esistere nel liquido di perfusione refluo di un cuore il vago del quale venisse mantenuto in eccitazione, sostanza che, se iniettata nel cuore stesso avrebbe un'azione analoga a quella dell'eccitamento del vago. Nelle sue esperienze non è assolutamente riuscito al Ghirardi di dimostrare un'azione di tal genere. Ritiene perciò si debba essere molto guardinghi nell'accettazione di una tale ipotesi.

Altre interessanti comunicazioni hanno svolto il dott. Defrise sull'argomento della tecnica di conservazione e riproduzione dei pezzi e delle sezioni anatomiche e il dott. Beer su « La fluorescenza presentata dalla larva del « Bombyx mori » sotto l'azione della luce di Wood ». Hanno preso parte alla discussione sulle varie comunicazioni i proff. Foà, Pepere, Pugliese.

RUGGERO ASCOLI.

Da Cagliari.

La Sezione Sarda dell'Associazione Italiana di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

Il 7 febbraio u. s. si è costituita a Cagliari la Sezione Sarda della Associazione Italiana di idrologia, climatologia e terapia fisica.

Nella riunione preliminare tenutasi al palazzo municipale con l'intervento di moltissimi medici e delle principale autorità cittadine, il prof. Luigi Ferrannini, direttore della Clinica Medica, incaricato della Presidenza generale della Associazione, espose gli obiettivi che deve proporsi la sezione sarda per lo studio, la propaganda e la utilizzazione dell'importantissimo patrimonio idrologico della Sardegna, che è quasi poco conosciuto e per nulla utilizzato.

Dopo animata ed interessante discussione, fu votata la costituzione della Sezione Sarda, per la quale ad unanimità furono eletti Presidente onorario, S. E. il Prefetto di Cagliari gr. uff. D'Arienzo; Vice-Presidenti onorari, l'on. Conte Giovanni Cao di San Marco ed il Podestà di Cagliari cav. uff. Vittorio Tredici; Presidente effettivo il prof. Luigi Ferrannini; Vice-Presidente il prof. Lorenzo Giunti e Segretario il prof. Emilio Lucchi.

Si stabilì poi di dare opera per la formazione della Carta idrologica della Sardegna, da presentarsi al prossimo Congresso dell'Associazione, che avrà luogo nel prossimo ottobre nei Campi Flegrei.

P. A. T.

NOTIZIE DIVERSE.

Per la riforma degli studi di medicina.

Il Ministro della P. I. on. Fedele ha nominato una Commissione incaricata di elaborare la progettata riforma degli studi di medicina. Essa è risultata così composta: proff. Girolamo Gatti, della R. Università di Firenze, on. Giuseppe Muscatello della R. Università di Catania, Silvestro Baglioni della R. Università di Roma, Giuseppe Bastianelli della R. Università di Roma, Agenore Zeri della R. Università di Roma, Ferdinando Livini della R. Università di Milano, Carlo Foà della R. Università di Milano, Alessandro Chigi della R. Università di Bologna, Dante De Blasi della R. Università di Napoli, Benedetto Morpurgo della R. Università di Torino, dott. Ugo Frascherelli direttore generale dell'Istruzione superiore, Alessandro Messea, direttore generale della Sanità, dott. Enrico Vallarini, direttore capo-divisione, dott. Giuseppe Spadaro, consigliere al Ministero della P. I.

La Commissione sarà presieduta dal sen. prof Ettore Marchiafava.

Le Università per la valorizzazione turistico-climatica di Tripoli.

La iniziativa del Consorzio nazionale delle stazioni di cura, soggiorno e turismo per una degna affermazione medica scientifica propizia alla valorizzazione di Tripoli fra i soggiorni invernali climatici del Nord Africa incontra l'interessamento e il consenso più vivo dei nostri clinici.

Le Università di Pavia, Napoli, Milano, Bologna, Pisa, Roma, Padova, Catania, Firenze, Palermo, ecc., saranno difatti rappresentate da insigni titolari al Convegno dei clinici indetto a Tripoli.

La partenza ha avuto luogo il 26 febbraio da Napoli e il successivo 27 da Siracusa.

Per i concorsi nel Corpo Sanitario Militare.

La *Gazzetta Ufficiale* pubblica il seguente R. D. L. 15 gennaio 1928, n. 117:

Art. 1. — L'art. 7 del R. D. L. 17 giugno 1926, n. 1144, è modificato come segue:

Art. 7. — Gli ufficiali in servizio permanente dei corpi sanitario e veterinario militare sono reclutati mediante concorso tra i giovani che non abbiano superato il 32° anno di età e che siano forniti dei seguenti titoli di studio:

A) per i medici diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo, ovvero la laurea in medicina e chirurgia conseguita entro il 31 dicembre 1924 ai sensi dell'art. 6 del R. D 21 dicembre 1923, n. 2909, entro il 31 dicembre 1925;

B), *C*) (*omissis*).

Il concorso d'ammissione è per titoli e per esami secondo modalità da stabilire nel regolamento. La classificazione è fatta per ordine di merito quale risulta dai punti ottenuti con precedenza a parità di voti ai candidati che rivestano la qualità di ufficiali di complemento.

Gli aspiranti di cui al presente articolo sono nominati tenenti in servizio permanente ed inviati a frequentare un corso di studi presso una scuola militare. È fatto ad essi divieto per un periodo di sei anni dalla nomina di chiedere la dispensa dal servizio permanente.

Art. 2. — L'art. 1. del predetto decreto legge 17 giugno 1926, n. 1144, è modificato nel senso che il limite superiore d'età è portato a 32 anni per la nomina ad ufficiale nel corpo sanitario e nel corpo veterinario militare.

Il presente decreto sarà presentato al Parlamento per la conversione in legge.

Prima Conferenza Internazionale della Luce (Fisica, Biologia, Terapia).

Per iniziativa del dott. Rosselet, professore della Facoltà medica di Losanna, sotto la Presidenza del dott. Carrière, Capo del servizio Federale Elvetico di Igiene Pubblica, si è costituito un Comitato locale per la « Prima Conferenza Internazionale della Luce ».

Questa iniziativa è sorta dalla constatazione che troppo sovente nei Congressi Internazionali l'importanza della luce non è sufficientemente messa in evidenza, rimanendo sepolta sotto l'esuberanza degli altri argomenti; perciò il suo valore terapeutico, come lo studio della sua azione biologica non risaltano con sufficiente evidenza.

Tale progetto appoggiato dal Consiglio Federale, dal Consiglio di Stato del Cantone di Vaud, dalla città di Losanna ha avuto appoggio dalle più eminenti personalità straniere che si occupano di attino- e fototerapia.

La riunione non sarà un Congresso nel senso ordinario della parola, ma una serie di conferenze-relazioni, alla discussione delle quali tutti i partecipanti potranno prender parte.

La « Conferenza » comprenderà tre divisioni: 1) la luce dal punto di vista fisico-medico-meteorologico; 2) la luce dal punto di vista biologico; 3) la luce dal punto di vista terapeutico.

Le relazioni riguardanti le due prime sezioni saranno svolte nel settembre 1928 a Losanna e quelle della terza a Leysin dove avrà luogo pure in tale occasione una manifestazione in onore del dott. Rollier, di cui ricorre il venticinquennio della attività scientifica.

L'Istituto di Actinologia di Parigi che aveva progettato un Congresso Internazionale di Actinologia per il 1928, ha avuto la cortesia di rimettere la riunione al 1929 allo scopo di non portare pregiudizio alla riunione di Losanna e di Leysin.

Il prof. Rosselet è presidente del Comitato organizzatore; segretario generale per l'Italia è il prof. Giulio Ceresole (Ospedale Civile di Venezia) al quale i medici italiani possono rivolgersi per informazioni.

Congresso francese di neuro-psichiatria.

Il 32° Congresso dei medici alienisti e neurologi della Francia e dei Paesi di lingua francese si

terrà a Antwerp, nel Belgio, dal 23 al 28 luglio, sotto la presidenza dei proff. Henri Claude di Parigi e A. Ley di Brusselle. I principali temi in discussione sono: « Catatonia » (prof. Paul Divry di Liegi); « Le algie degli arti superiori » (prof. H. Roger di Marsiglia); « Trattamento della paralisi generale » (dottori B. Dujardin e René Targowla di Parigi).

Congresso di ostetriche.

Si è tenuto a Roma, in una sala del Sindacato della Stampa, il Congresso del Sindacato Nazionale delle Ostetriche. All'inaugurazione intervennero il sen. Pestalozza e l'on. Rossoni.

" Giornate mediche „ di Bruxelles.

Le « Giornate mediche » di Bruxelles del 1928 avranno luogo in aprile. Anche quest'anno vi saranno importanti comunicazioni fatte da illustri personalità, tra le quali Gley, Donati, Pautrier, Bordier, N. Fiessinger, Nolf, Zunz, ecc. Il programma degli altri anni sono state aggiunte le Giornate della tubercolosi, alle quali interverranno Rollier, di Leysin, Derscheid, Maffei, Toussaint, ecc.

Le Giornate mediche cominceranno il 21 aprile, con l'inaugurazione dell'annessa Esposizione e una serie di conferenze al Palazzo del Cinquantenario; la sera avrà luogo il banchetto ufficiale con l'intervento del Corpo diplomatico. Il 22 aprile avrà luogo la seduta inaugurale, nella quale H. Jaspar, primo ministro, parlerà sull'« Ordine dei Medici ». Nella serata, vi sarà spettacolo di gala al « Théâtre royal de la Monnaie ». I lavori scientifici continueranno nei giorni 23 e 24 aprile; il 25 aprile i congressisti si recheranno a Gand, per visitarvi l'Università, la città e le « Floralies », la cui ricchezza floreale è di gloria mondiale.

La quota d'iscrizione è di 75 fr., ridotta a 50 fr. per gli abbonati a « Bruxelles-Médical » e per le signore e a 30 fr. per gli studenti. Gli studenti abbonati sono invitati. Le iscrizioni possono essere inviate al segretario generale, dott. Beckers, 62, rue Froissart, Bruxelles.

Congresso di Medicina di Cairo.

A complemento della notizia data nel N. 6 siamo lieti di comunicare che tre distinti medici italiani: prof. Gaglio, prof Mochi, dott. Bartolocci, medici dell'Ospedale Italiano di Cairo, sono stati chiamati a far parte del Comitato organizzatore del Congresso Internazionale di Medicina e Chirurgia che avrà luogo al Cairo nel prossimo dicembre.

Le nostre congratulazioni ai distinti professionisti per l'attestazione di stima e di deferenza.

La Festa del Fiore.

A Roma la Festa del Fiore per la lotta antitubercolare, fu iniziata dal Comitato Romano contro la Tubercolosi e proseguita da esso senza concorso di altri organi o di altri Enti fino all'anno passato. Fu merito del Comitato Romano di aver dimostrato per primo alla cittadinanza le finalità di quella Festa, e di averne precisati i criteri per la organizzazione e formulate le norme per lo svolgimento.

Lo schema di questo piano d'azione, venne riassunto dal Comitato Romano in un libretto, che la Federazione Nazionale Italiana delle Opere Antitubercolari pubblicò e trasmise a tutte le Provincie del Regno, affinchè nei grandi e piccoli centri d'Italia fossero seguite direttive uniformi per l'organizzazione della Festa del Fiore. Il successo è stato ovunque, di anno in anno, migliore, sia agli effetti della propaganda, sia nei riguardi finanziari. Cosicchè il Comitato Romano può dichiararsi soddisfatto del buon seme gettato e dei frutti che ne sono derivati.

È sperabile perciò che della sua opera abbia a valersi, anche quest'anno, il Consorzio Provinciale antitubercolare, nella prossima celebrazione della Festa del Fiore.

Conferenza del prof. Devoto.

Il 28 gennaio il prof. Devoto tenne, nell'Aula della Clinica del Lavoro di Milano, una conferenza promossa da « L'Assistenza sociale al Lavoro », sul tema: « Igiene del lavoro e prevenzione delle malattie professionali »; v'intervennero molti medici; erano stati ammessi anche i Gruppi dopolavoristici, i membri delle Mutue interne, impiegati ed operai.

Per l'ambulatorio del porto di Napoli.

Il 22 febbraio ebbe luogo una riunione alla sede del Commissariato del Porto, con l'intervento dei rappresentanti del Comune e della Provincia. L'ammiraglio Solari ha sottoposto ad essi un nuovo schema di convenzione interceduto fra la Croce Rossa Italiana e la Cassa Nazionale Infortuni per la gestione del grande ambulatorio del porto. La convenzione è stata pienamente approvata e fra qualche mese l'ambulatorio del porto che già tanti notevoli servigi ha reso, sarà gestito da sanitari della Cassa Nazionale Infortuni e della Croce Rossa.

Istituto oncologico argentino.

L'« Istituto Medico Sperimentale per lo studio del cancro » di Buenos Aires si è ingrandito di un padiglione, per 100 pazienti, il quale è costato 220,000 pesos (ossia circa 2 milioni di lire italiane).

Nuova Università nel Brasile.

Il presidente dello Stato di Minas Geraes ha firmato una legge che istituisce una Università statale; questa comprenderà quattro collegi o facoltà: legge; ingegneria; medicina; odontologia e farmacia. La scuola medica avrà un bilancio annuo di 600,000 milreis (oltre 1,200,000 lire it.).

Per l'insegnamento e lo studio della pediatria a Cincinnati.

Il sig. William C. Proster ha donato 2 milioni e mezzo di dollari, pari a 40 milioni di lire it., all'Ospedale Pediatrico di Cincinnati, da essere destinati in massima parte allo studio e all'insegnamento della pediatria; circa 500,000 dol. potranno essere spesi per costruire un laboratorio di ricerche e per un ambulatorio.

L'Ospedale Pediatrico è strettamente unito all'Università di Cincinnati, che vi tiene la sua clinica; il direttore, prof. A. Graeme Mitchell, è anche titolare della cattedra di pediatria. Esso coordina inoltre le varie istituzioni locali per la tutela dell'infanzia.

Seminario per l'assistenza e la cura dei giovani psicopatici a Berlino.

È sorto a Berlino, sotto gli auspici della « Deutsche Verein zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen », sotto la direzione del prof. Kramer e del dott. Thiele. Il corso dura dal gennaio al settembre. Oltre ai medici può iscrivervisi chi abbia compiuto adeguati studi pedagogici, teologici e giuridici. Vi è annessa una scuola di tirocinio per ragazze psicopatiche.

Per informazioni, iscrizioni, ecc., dirigersi alla « Zentrale für Psychopathen-Erziehung », Berlin, Poltdamerstrasse, 118 C.

Cattedra di chimica ormonica al Giappone.

Presso la Facoltà Medica dell'Università Imperiale di Tokio, su proposta del farmacologo prof. Klimatsu, verrà istituita una cattedra di chimica ormonica, per la quale è stata stanziata la somma di 300 mila yen (pari ad oltre 3 milioni di lire it.) dalla Società di Farmacologia; verrà affidata al prof. Akira Ogata.

Un'offerta della Fondazione Rockefeller rifiutata.

Il « General Education Board » della « Rockefeller Foundation » aveva offerto 1,250,000 dollari, pari a 20 milioni di lire it., all'Università di Minnesota, a condizione che il municipio costruisse un ospedale generale adiacente all'Università.

Dopo ampia discussione, un Comitato in cui erano rappresentati il Consiglio municipale, l'Ufficio d'igiene, l'Ufficio dei reggenti e la Società medica locale, ha deciso, il 5 gennaio, di ricusare l'offerta, affermando il principio di un'azione indipendente e di non poter condizionare l'accettazione.

Una scissione nel Sindacato Medico della Senna.

Il progetto di legge sulle assicurazioni sociali in Francia ha portato ad una scissione del Sindacato Medico della Senna: una frazione si è dichiarata decisamente avversa; la frazione dissidente invece crede ancora possibile un accomodamento col governo: è nata così la « Unione corporativa ». Un terzo gruppo è stato, poi, costituito da medici delle due frazioni, che si adoperano a ricostituire l'unità della corporazione; esso ha assunto il titolo di « Union syndacale des médecins de la région parisienne ».

Gli avversi al disegno di legge rilevano che, se questo diverrà legge, porterà nel regime assicurativo l'80 % della popolazione francese, cui i medici presteranno l'assistenza ad una tariffa infima, con restrizioni relative alla ricettazione, tra i vincoli di innumerevoli formalità, le quali complicheranno il servizio, oltre che con ritardi e vessazioni nella liquidazione dei compensi.

Gli esterni degli Ospedali di Parigi.

hanno eretto un monumento, nell'atrio dell'Hôpital de l'Hôtel-Dieu, in memoria dei colleghi che hanno perduto la loro vita sul campo durante la guerra.

Gli esterni occupano il primo gradino della carriera medica ospedaliera.

Crociera annua di " Bruxelles-Médical ",

Si effettuerà dal 29 luglio al 18 agosto, da Bordeaux a Marsiglia, toccando i seguenti porti: La Carogne, Vigo, Leixoes, Funchal, Santa Cruz de Teneriffa, Las Palmas, Casablanca, Ajaccio. La crociera avrà luogo sul piroscafo di gran lusso « Brazza », di cui « Bruxelles-Médical » si è riservata l'esclusività: potranno prendere posto a bordo solo medici e persone delle famiglie, studenti in medicina e persone proposte da medici. Sono disponibili 270 posti di prima classe A e B e 70 posti per studenti. Il « Brazza » sposta 16,000 tonnellate, è lungo 144 m., largo 19; comprende vari saloni, fumoirs, palmarium, caffè-terrazza, teatro per bambini, sala per meccanoterapia, ecc.

Sono in programma molte escursioni dai porti di sbarco.

Per informazioni rivolgersi a « Section des Voyages de Bruxelles-Médical », boulevard Adolphe Max 29, Bruxelles (Belgio).

Nella stampa medica inglese.

Il redattore-capo del « British Medical Journal », sir Dawson Williams, ha lasciato questa carica, che occupava da un trentennio, durante il quale ha saputo rendersi altamente benemerito della professione medica inglese, in specie durante il periodo in cui venne preparata ed entrò in vigore la legge sulle assicurazioni. Egli è stato sempre un ottimo consigliere ed ha saputo promuovere sagge disposizioni nel campo della medicina sociale. Prima di consacrarsi per intero al giornalismo medico, era stato un valente professionista e si era molto distinto nello « East London Hospital for Children ».

Gli è ora subentrato il dott. N. G. Horner, che per molti anni fu vice-redattore-capo (assistant editor) del « British » e prima aveva occupato la stessa carica all'« Hospital » e al « Lancet ».

Il prof. Moynihan.

Sir Berkeley Moynihan ha lasciato, per limiti di età, la « Leeds Royal Infirmary » il 7 novembre; in tale occasione gli amici e ammiratori gli presentarono un ritratto; il discorso di presentazione fu fatto dal Sindaco di Leeds.

La medaglia Nightingale alla marchesa di Targiani.

Nella sede del Comitato centrale della Croce Rossa, la Regina ha consegnato alla marchesa di Targiani la medaglia Nightingale conferitale dal Comitato internazionale per i suoi meriti di infermiera volontaria in tempo di guerra e per l'incessante opera data all'organizzazione delle infermiere volontarie e professionali della Croce Rossa Italiana.

Tale medaglia fu istituita dal Comitato internazionale nel 1912 a ricordo della prima infermiera Florence Nichtingale, fulgido esempio di intelligente sacrificio nell'assistenza ai sofferenti. L'Italia conta otto decorate.

La cerimonia ha assunto grande solennità.

Il R. Commissario della C. R. I. gr. uff. Piomarta, ha rilevato che alla marchesa di Targiani principalmente si deve se oggi la C. R. ha quattro scuole-convitto professionali in pieno sviluppo, tre in formazione, si tengono 52 corsi per infermiere volontarie, si sono diplomate 283 assistenti sanitarie di cui 177 in servizio effettivo retribuito.

Il sig. Wagnière ha portato il saluto del Comitato Internazionale della Croce Rossa. Espresse il suo profondo compiacimento nel vedere valorizzata l'onorificenza istituita dal Comitato Internazionale stesso, che consegnata dalle mani Auguste della Regina d'Italia ha acquistato un grande volore e premia opportunamente le virtù ed i meriti professionali dell'infermiera marchesa di Targiani, a cui rinnova anche a nome del Comitato Internazionale le sue felicitazione ed il suo ossequio.

Il Capo del Governo ha inviato un telegramma con la sua fervida adesione.

Un benemerito della Croce Rossa.

Il conte avv. Antonio Frova, che donò alla Croce Rossa Italiana un terreno per un valore di oltre centomila lire per l'uso della Colonia Marina di Treviso, è stato decorato con la medaglia di benemerenza e nominato Socio benemerito della Croce Rossa.

Epidemia di vaiolo a bordo di un piroscafo.

Il piroscafo Cleveland, diretto a Honolulu (Hawai), ha informato per radio, in data 16 febbraio, che a bordo si era sviluppata una violenta epidemia di vaiolo; otto persone erano già morte e molte altre versavano in grave stato. Moltissimi erano anche i casi di polmonite manifestatisi in forma di eccezionale gravità. La maggior parte delle vittime e dei malati gravi era costituita da viaggiatori di terza classe. Le autorità portuali e sanitarie di Honolulu hanno preso le necessarie misure di precauzione. (*United Press*).

Esposizione di opere d'arte eseguite da alienati.

L'« Oevre d'assistance aux aliénés » ha organizzato a Parigi un'esposizione di disegni, pitture e sculture eseguite da ricoverati nei manicomi e in case di salute per psicopatici. I critici d'arte hanno manifestato molto interesse per queste produzioni, in cui dominano le forme futuriste, cubiste, sintetiche e simili. Il prof. Auguste Marie ne ha fatto uno studio diligente; egli conclude che alcuni quadri, se fossero collocati in un'esposizione di pittori di valore, verrebbero molto quotati.

Falso medico.

È stato arrestato a S. Gallo, in Svizzera, per furto, il pseudo medico Alfonso Prestilio da Girgenti, il quale era riuscito ad introdursi nell'Ospedale Civile di Perugia quale assistente; a suo carico vi sono sei mandati di cattura del Tribunale di Spezia, tre del Tribunale di Genova, due del Tribunale di Roma, uno del Tribunale di Perugia (che lo ha condannato a due anni, sette mesi e quindici giorni di reclusione), ed uno del Tribunale di Bergamo (che lo ha condannato a due anni e sei mesi di reclusione). Egli verrà tradotto in Italia.

Il prof. KARL PETREN, morto a 60 anni, titolare della clinica medica di Lund (Svezia), era uno dei più reputati internisti d'Europa.

Fu allievo di Dejerine e di Naunyn, la cui influenza si fece sentire in tutta la sua produzione.

Nel 1902 conseguì la cattedra di Clinica medica ad Upsala, donde nel 1910 passò a quella di patologia medica di Lund; in seguito dalla patologia passava nuovamente alla clinica.

La neurologia deve al Petren gli studî sulle modificazioni del midollo spinale nell'anemia perniciosa, sull'iperalgesia riflessa nell'ulcera gastrica, sul tono vagale e simpatico, sulle vie midollari della sensibilità cutanea, sulla sintomatologia della poliomielite, ecc.

Il diabete attrasse pure la sua attenzione: l'insieme delle sue ricerche sperimentali e delle sue osservazioni cliniche in questo campo, formò oggetto di un'opera comparsa nel 1923. Le sue concezioni sulla dietetica del diabete hanno avuto molta eco; l'utilità di esse non si è forse potuta apprezzare, grazie alla scoperta dell'insulina.

Ha preparato molti discepoli di valore, il che costituisce uno dei suoi non ultimi meriti.

P.

Si è spento a 76 anni il prof. XAVIER ARNOZAN, che dal 1892 al 1909 tenne, alla Facoltà Medica di Bordeaux, la cattedra di terapia, e in seguito, fino al 1922, quella di clinica medica. La sua opera scientifica è considerevole, consegnata

per buona parte in trattati: « Précis de Thérapeutique », di cui l'ultima edizione redatta in collaborazione con J. Carles; « Traité d'Hydrologie », in collaborazione con H. Lamarque; « Consultations médicales ».

L'Arnozan è stato un capo-scuola: ha esercitato un'influenza decisiva su molti allievi, divenuti maestri a loro volta. Col suo ascendente, la sua bontà, la sua dolcezza, conquistava i discepoli e li spronava al lavoro.

Dei proff. VINCENZO PATELLA e GIOVANNI DI CRISTINA, spentisi in questi giorni, diremo prossimamente.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXV Roma, 12 Marzo 1928 Fasc. 10

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA MEDICA DI CATANIA
diretta dal prof. MAURIZIO ASCOLI.

Il metodo di Minot e Murphy nella cura delle anemie a tipo pernicioso

di GIUSEPPE SORGE.

La questione del regime dietetico degli ammalati di anemia perniciosa è stata in passato esaminata da tre punti di vista:

1) quello relativo alla necessità di sopperire con speciali norme dietetiche alle deficienze ed alle incongruenze digestive degli ammalati, legate alle alterazioni del loro tubo digerente. Queste sono rappresentate principalmente dall'achilia gastrica, che entra come elemento ordinario e caratteristico nel quadro clinico della malattia, e dall'abnormità della flora intestinale, che è stata ritenuta responsabile diretta di tutto il complesso morboso (recentemente Seyderhelm ha ricalcato la teoria entero-tossica dell'a. p., con nuove vedute);

2) quello derivante dall'opportunità di fornire agli ammalati, con la dieta, una quantità sufficiente di materia prima per la elaborazione degli stromi corpuscolari e del pigmento ematico (ferro, proteine (Morawitz e Kühl; Pearce, Krumbhaar e Frazier, ecc.);

3)) quello riflettente l'utilità, più presunta che dimostrata, di allontanare dalla dieta quelle sostanze i cui prodotti intermedi di scissione comprendono corpi capaci di aumentare la distruzione degli elementi ematici (grassi).

Un quarto punto di vista, cioè quello relativo alla possibilità di influenzare *direttamente* l'emopoiesi mediante un fattore specifico somministrabile con gli alimenti, era qua e là affiorato, come risulta dai tentativi intrapresi in varie epoche e

da diversi Autori di trattare l'a. p. con la somministrazione di midollo osseo rosso: ma non aveva trovato suffragi sperimentali di definitiva evidenza.

In questi ultimi pochi anni, in seguito ad una serie lunga e metodica di ricerche compiute da Autori Americani, e confermate da tutto il mondo scientifico, si è decisamente affermato un nuovo metodo di cura, puramente dietetica, dell'a. p., che per i suoi risultati si distacca nettamente da tutti i precedenti e per la costanza di essi è stato ritenuto specifico.

Un prezioso elemento per la scelta dell'indirizzo destinato a condurre ad una scoperta tanto interessante dal punto di vista biologico e clinico fu dato da G. H. Whipple e F. S. Robscheit-Robbins, di Rochester. Questi Autori, stabilita dapprima una tecnica per ottenere nei cani, mediante sottrazioni sanguigne esattamente dosate, un'anemia sperimentale stabile, studiarono l'influenza esercitata dalla rigenerazione ematica da diversi alimenti e medicamenti aggiunti alla razione basale, alla razione alimentare, cioè che da sola non era capace di modificare l'anemia. La grandezza della rigenerazione era assunta, attraverso un calcolo convincente, in grammi di emoglobina rigenerati per settimana.

I risultati di Whipple e Robscheit-Robbins misero in evidenza, per quanto riguarda i medicamenti, l'inefficacia assoluta dell'arsenico e la notevole efficacia del ferro; e, per quanto riguarda gli alimenti, la marcatissima attività rigenerativa che segue ad una alimentazione ricca di *fegato o di rene di bue*. Egualmente capaci di accrescere la rigenerazione ematica, ma in misura di gran lunga minore, sono la carne muscolare (ed i muscoli lisci più degli striati), il cervello, il pancreas, la milza ed il midollo osseo. Del tutto inefficaci sono i latticini, il fegato dei pesci, la carne dei pesci. Diversamente attive sono le diverse frutta: più di tutte le pesche, le albicocche, le prugne.

A capo di tutti questi alimenti capaci di rendere attivo il bilancio ematico stanno dunque, e con un distacco notevole, il fegato ed il rene, la cui efficienza è più che doppia di quella di tutti gli altri alimenti studiati.

I primi tentativi di applicare alla clinica umana i dati sperimentati di Whipple e Robscheit-Robbins sono quelli di Gibson ed Howard (1923). Questi AA. trattarono degli ammalati di a. p. con una dieta speciale ricca di ferro (fegato, frutta, vegetali freschi, uova) e povera di grassi. Le loro osservazioni non sono sistematiche: tuttavia essi notarono l'influenza favorevole esercitata dalla loro dieta sul ricambio dell'azoto e del ferro dei pazienti, e suggerirono che questo trattamento era capace di produrre una remissione della malattia.

Ma gli studi clinici definitivi sono quelli di W. P. Minot e G. R. Murphy, dell'Università Harvard di Boston. Questi AA. mossero dal concetto che — per le analogie che essa presenta con la pellagra, col beri-beri, con lo sprue; per la frequenza con cui occorre, nell'anamnesi degli ammalati di a. p., una storia di privazioni alimentari; per la distribuzione geografica della malattia; per la possibilità di influenzarne beneficamente l'andamento con delle correzioni dietetiche, ecc. — l'anemia perniciosa dovesse considerarsi come una malattia da carenza. La scelta del fegato come elemento corrigente fu suggerita principalmente dai risultati di Whipple e Robscheit-Robbins, ma, se pure in linea secondaria, anche da altre considerazioni: come quella relativa alla ipotesi che il fegato potesse influenzare la crescita dei globuli rossi, così come si dimostra capace di influenzare la crescita degli animali, ed in genere i fenomeni di citoressi (Mac-Collum); e che potesse far migliorare i pazienti di a. p., come si era dimostrato capace di fare relativamente migliorare gli ammalati di pellagra, di beri-beri, di sprue (Castellani).

La « cura di fegato » va dunque giustamente designata col nome di *metodo di Minot e Murphy*, e non con quello di *metodo di Whipple* come fanno i Francesi; del resto lo stesso Whipple (comunicazione epistolare), con ammirevole schiettezza, declina ogni suo merito a questo riguardo, benchè, al contrario, nessuno possa negargli quello, notevolissimo, di avere indicata la strada giusta.

La razione quotidiana originariamente somministrata da Minot e Murphy ai loro ammalati comprende da 120 a 240 gr. di fegato di bue o di montone, 300 gr. di verdure, 250-500 gr. di frutta, 40 gr. di burro, 240 gr. di latte, un uovo, e poi pane, patate e cereali fino al valore energetico totale di 2000-3000 calorie (composte così da circa 340 gr. di carboidrati, 135 gr. di proteine, non più di 70 gr. di grassi).

Come si vede, è un regime in cui è tenuto conto di tutti i precetti precedentemente suggeriti: ricchezza di ferro, di proteine, di vitamine; scarsità di grassi. A differenza di ogni altro regime precedente, però, esso comprende una vistosa razione di fegato di bue o di montone, che è, come vedremo, il vero elemento terapeuticamente attivo.

Questo può essere somministrato crudo o cotto: la stracottura però ne diminuisce l'efficacia. Siccome la cura dura dei mesi e degli anni, per vincere il disgusto degli ammalati di fronte alla monotonia dell'alimentazione, gli Americani prima (Nicholls, Tubbs, Bellinger, Wilkins, ecc.) e poi anche gli Europei hanno suggerito una quantità enorme di ricette culinarie e di metodi di preparazione: minestre, fritture, pasticci, sandwiches, cro-

stini, marmellate, limonate, cocktails. Nei primi giorni di cura, di fronte ad ammalati inappetenti, bisogna contentarsi di razioni ridotte o ricorrere alla sonda gastrica. Successivamente, per il ritorno dell'appetito, gli ammalati ingeriscono tutta la razione, presunta una certa varietà di forme di preparazione. Tenuto conto dell'achilia gastrica, è bene praticare un'opportuna medicazione idroclorica.

Minot e Murphy comunicarono dapprima (agosto 1926) i risultati del loro trattamento in 45 casi di anemia perniciosa, e successivamente (settembre 1927) riferirono le loro ulteriori osservazioni sugli stessi ammalati e su 60 casi nuovi.

Riassumiamo brevemente i risultati degli Autori: Dei 105 ammalati, 90 avevano, prima del trattamento, meno di 2,70 milioni di globuli rossi per millimetro cubico (1,48 milioni in media); gli altri 15 meno di 3,80 milioni (3,29 in media).

Tutti i pazienti che seguirono più o meno rigorosamente la cura (ad eccezione di pochi casi più avanti accennati) dopo due mesi avevano un tasso globulare superiore a 4 milioni, e dopo sei mesi a 4 milioni e mezzo. In parecchi casi, probabilmente in quei malati che più scrupolosamente si sottomisero al trattamento, la rigenerazione globulare raggiunse la cifra di cinque milioni e più.

Tutti gli ammalati, parecchi dei quali erano in condizioni disperate, sopravvissero, meno tre: di questi, uno morì quattro mesi dopo l'inizio della cura, non ostante che il suo tasso eritro-globulare avesse raggiunto i 4,30 milioni, per una marcata sclerosi neuro-midollare; uno, all'età di 71 anno, per trombosi cerebrale; il terzo per un accidente automobilistico.

Il miglioramento della crasi figurata del sangue è ordinariamente evidente già nelle prime due settimane. Il primo segno della risposta favorevole alla dieta è una temporanea e marcata immissione in circolo di elementi rossi giovani (reticolociti), che come entità arriva al 15 % e come durata scompare di solito durante la seconda settimana.

Parallelamente all'aumento dei globuli rossi, scompaiono i megalociti pleiocromici, e corrispondentemente il valore globulare si abbassa fino all'unità ed anche al disotto. Anche i leucociti aumentano, così che vien meno un altro segno cardinale dell'affezione ematica, la leucopenia; e, contemporaneamente o poco più tardi, si ha l'aumento delle piastrine fino alle cifre normali: tutti segni evidenti del ristabilimento della funzione emopoietica. Notevole che la restaurazione ematica suole essere accompagnata da una eosinofilia che può arrivare al 20 % e perdurare parecchie settimane. Anche l'indice colemico torna bentosto ai valori normali.

Di tutti i 105 ammalati, soltanto in sei l'eritrocitemia non superò i 4 milioni dopo 8-15 mesi di cura. Di questi, tre si erano sottoposti al trattamento poco regolarmente. Negli altri tre lo scarso esito della cura non potè essere ricondotto a questa causa. Uno era un aterosclerotico di 71 anno che morì per trombosi cerebrale senza che il trattamento (durato 15 mesi) avesse prodotto una rigenerazione superiore a 3,10 milioni. Un altro era un cirrotico in cui il tasso eritro-globulare arrivò appena a 3,90 milioni. Il terzo era un uomo di 73 anni che aveva ricevuto in passato ben 35 transfusioni di sangue: dopo 7 mesi di cura egli era notevolmente migliorato, ed aveva guadagnato circa 14 Kgr. in peso: ma l'eritrocitemia non raggiunse i 4 milioni. Gli AA. ritengono che in questo caso le transfusioni ripetute avessero stancato il midollo.

È noto come la frequenza delle remissioni si possa ritenere quasi come caratteristica dell'a. p.: però, poichè il miglioramento degli ammalati, a condizione che la somministrazione di fegato non sia trascurata, si mantiene dopo anni, Minot e Murphy, ed in seguito anche molti altri AA., ritengono che in questi casi più che di remissioni possa parlarsi di guarigioni vere: ad ogni modo la questione resta affidata al prolungamento delle indagini.

In parecchi casi in cui l'ingestione di fegato fu sospesa dai pazienti, gli AA. videro manifestarsi delle ricadute, che cedevano prontamente alla ripresa del trattamento.

Secondo alcune osservazioni, sembra che la guarigione possa essere mantenuta dalla somministrazione di dosi di fegato inferiori a quelle curative: ma su ciò non si possono per il momento formulare delle regole.

Alla normalizzazione della crasi figurata del sangue fa riscontro, anche senza uno stretto parallelismo, un miglioramento dello stato dei pazienti che, come è stato detto da alcuno, ha qualche cosa di sensazionale.

Il pallore, la dispnea, le cefalee, le vertigini, gli edemi, la tachicardia, l'astenia, l'irritabilità, i crampi muscolari, ecc., scompaiono rapidamente; così come scompaiono i disordini intestinali (diarrea, stipsi), la glossite, i soffi anemici, l'ipotensione, le emorragie cutanee, le alterazioni delle unghie e le discromie dei peli, e, più lentamente, la spleno- e l'epato-megalia. Il peso del corpo diminuisce un pò in un primo tempo, probabilmente in relazione alla scomparsa degli edemi, forse in conformità all'azione diuretica della cura di fegato, su cui recentemente Porges ha richiamato l'attenzione; e successivamente aumenta: crescite di 6-7

Kgr. sono frequenti, e crescite di 18 Kgr. non sono eccezionali.

Su due gruppi di sintomi però il trattamento sembra avere una scarsa influenza: l'achilia gastrica ed i disordini del sistema nervoso, nei casi in cui questi si siano già impiantati.

Minot e Murphy hanno esaminato sistematicamente il contenuto gastrico di 18 ammalati in corso di cura, dal 2° al 22° mese dopo l'inizio del trattamento: la ricerca dell'acido cloridrico libero, dopo la somministrazione del pasto di prova, ebbe constantemente risultato negativo.

Per quanto riguarda i disturbi del sistema nervoso, eccettuati i casi in cui i fatti involutivi sono già inoltrati (si ricordi l'ammalato di Minot e Murphy che la sclerosi midollare condusse a morte non ostante il miglioramento dell'anemia), si può dire che il trattamento è capace di arrestarne talvolta la progressione, ed anche di farli relativamente regredire: così Minot e Murphy videro scomparire delle parestesie, dei tremori, dei disturbi di coordinazione motoria; e Pal vide egualmente regredire dei fenomeni spinali in seguito alla cura.

Al XCV Congresso della « Brit. Med. Assoc. » (Edimburgo, luglio 1927) Minot e Murphy riferirono la loro statistica, arricchita di 20 nuovi casi.

Il valore curativo del metodo di Minot e Murphy ha oramai riscosso conferme da tutto il mondo scientifico. In America, alle prime comunicazioni di Brill, Sappington, Barach, seguirono quelle di Mugrave, di Conner, di Bierring, di Means, di Baumgartner, di Lichty, di Huston, di Macht. Tutti questi Autori trattarono degli ammalati di anemia perniciosa con risultati assolutamente comparabili a quelli di Minot e Murphy; Macht, che aveva messo in evidenza delle particolari proprietà fitotossiche nel siero degli anemico-perniciosi, le vide diminuire in seguito al trattamento, e scomparire del tutto mediante irradiazioni ultraviolette previa sensibilizzazione con eosina: per questi risultati, Egli inclina ad ammettere che la cura di fegato agisca attraverso una funzione sensibilizzatrice.

In Europa, la prima conferma sembra essere stata quella di Lemaire, all'Accademia Reale Belga di Medicina (febbraio 1927). In Francia, la pubblicazione dei risultati di Aïtoff e Loewy (aprile 1927), che videro guarire un'a. p. criptogenetica ed un'anemia post-malarica a tipo pernicioso, l'attenzione degli studiosi fu richiamata sull'argomento, e comparvero successivamente le comunicazioni di Crouzon, Mathieu e Dreyfus, di Rather e Maximin, di P. Emile-Weil, di L. Blum e Carlier, di Van Caulert.

In Austria, J. Pal introdusse il metodo al suo ritorno da un viaggio in America: ed alla seduta del 14 ottobre 1927 della Società dei Medici di Vienna fu portata una larga serie di osservazioni confermative sull'efficacia della « dieta di fegato » (Luger, Kutschera, Saxl, Goldstern, Redlich, Arnstein). In Germania, Seyfart, Rosenow, Schottmüller, Brandenburg, hanno egualmente sperimentato la cura con risultati favorevoli. Schottmüller vide che, in quantità equivalenti, il fegato poteva essere somministrato in polvere, senza che perdesse nulla della sua efficacia; Rosenow dalle osservazioni di Seyderhelm e Tammann fu inoltre indotto a trattare degli ammalati di a. p. con Vigantol (ergosterina irradiata in soluzione oleosa), con risultati favorevoli. È ancora difficile pronunziarsi sul significato di quest'ultima osservazione: come pure non si sa che valore dare a quella di Kutschera, che vide guarire un'a. p. in seguito ad alimentazione con fegato irradiato (raggi ultravioletti).

In Inghilterra, Hurst, Spriggs, Anderson; in Olanda Heeres ed Hoogenboom; in Ispagna Pi y Suner, Ontiveros, Pittaluga e Calandra; in Italia Gasparini; in Irlanda Moore e Dangan, ecc., hanno studiato il nuovo metodo di cura: fra tutte le osservazioni finora pubblicate non esistono risultati discordi o diversi da quelli di Minot e Murphy, a prescindere da una recentissima critica di Neuburger della quale è difficile dare un giudizio.

Ben discordanti sono viceversa le conclusioni degli Autori per quel che riguarda i *risultati del trattamento nelle anemie secondarie*. Minot e Murphy, pur ammettendo che un certo miglioramento possa osservarsi anche in anemie secondarie, stabiliscono che quando una risposta favorevole alla cura di fegato non si manifesta durante le prime settimane di trattamento, con le modalità descritte (reticolociti, aumento dei globuli rossi, dei leucociti, ecc.), non si tratta di anemia perniciosa. Rosenow sottoscrive questa legge. Viceversa, altri Autori (Aitoff e Loewy, Pal, Iagiè, Kuth e Kessler, Seyfart, Rathery e Maximin, ecc.) opinano che risultati eccellenti si possono avere applicando lo stesso metodo alla cura delle anemie secondarie. Del resto bisogna tener presente che lo stesso Whipple mise in luce la proprietà del fegato sperimentando su anemie post-emorragiche.

A questo proposito, mi pare opportuno riferire su qualche osservazione raccolta nella nostra Clinica, che dà ragione delle opposte conclusioni dei diversi Autori.

Nella nostra regione l'anemia perniciosa vera rappresenta una forma tutt'altro che frequente, tanto che in questi ultimi anni, per esempio, nessun caso del genere fu riscontrato nei reparti del nostro Istituto. Al contrario, piuttosto numerose affluiscono anemie gravi con caratteri di mielosi aplastiche.

Mi son dunque dovuto per forza limitare a sag-

giare la cura di Minot e Murphy in casi del genere, dei quali dò brevemente le note fondamentali:

CASO I. — M. Rosario, a. 68, celibe, muratore. Malaria pregressa; bevitore; nega lue. Da 8 mesi, sindrome anemica (dispnea, astenia, vertigini, pallore, edemi). Il paz. il 12-X-927 era stato ricoverato in altro reparto, dove, in seguito al riscontro di lamblie e di forme sospette di amebe nelle feci, era stato sottoposto a trattamento emetinico durato dal 28-X al 1º-XI. Prima di questo trattamento: Hb. 50 %; Gl. R. 1,22; V. G. 2; G. B. 2400; Polin. n. 53; linfo. 30; mono. 16; mast. 1. Accolto nel nostro reparto il 18-XI-927. Il 19-XI-27: Hb. 45; Gl. R. 1,15; V. G. 1,9. R. W. —. MTR —. SGR —.
Dal *22-XI-927*, gr. 250 di fegato cotto di bue pro die. *15-XII-27*: Hb. 55 %; Gl. R. 2,18; V. G. 1,2; *5-I-928*: Hb. 60 %; Gl. R. 3,10; V. G. 0,98; Gl. B. 5800; Poli n. 57; poli eo. 3; poli. b. 1; mono. 14; linfo. 23; *2-II-28*: Hb. 70 %; Gl. R. 4,20; V. G. 0,85; Gl. B. 6000 Poli. n. 61; poli eo. 2; mono. 16; linfo. 21.

CASO II. — R. Adele, a. 23, casalinga, sposata senza prole. Ipoplasia dei genitali; malaria prepressa; lues coniugale; nelle feci, forme cistiche e vegetative di lamblia intestinalis. R. W. ++; MTR +; SGR +. All'ingresso in Clinica: Hb. 35 %; Gl. R. 1,54; V. G. 1,13; Gl. B. 4000. Poli. n. 56; poli. eo. 3,5; mono. 3; premielociti 1; mielociti 2; linfo. 34,5.
Dal *21-XII-927*, 250 gr. di fegato cotto pro die. *28-XII-27*: Hb. 40 %; Gl. R. 1,60; V. G. 1,25; Gl. b. 7000. Poli n. 70; poli. eo. 2; mono. 6; mielociti 2; linfo. 20. Rari normoblasti. *16-I-928*: Hb. 55 %; Gl. R. 1,78; V. G. 1,50; G. B. 6000. Poli. n. 72; poli. eo. 4; mono. 13; linfo. 11. *31-I-928*: Hb. 55 %; Gl. R. 1,76; V. G. 1,50; Gl. B. 6400. Poli. n. 56; poli. eo. 4; mono. 3; linfo. 37.

CASO III. — F. Biagio, a. 53, celibe, fruttivendolo. Nega lues. Da 6 anni sindrome anemica. Senilità precoce. Cenestesi molto depressa. Ottundimento psichico. Sensorio integro. Emorragie cutanee. Edemi. Versamenti peritoneale e pleurici. R. W. ++. MTR +; SGR +. Assenza di parassiti nelle feci. Hb. 25 %; Gl. R. 0,97; V. G. 1,27; Gl. B. 3200. Poli n. 76; poli eo. 2; mono. 3; linfo. 19. Dal *1-º XII-927*, gli si prescrive la cura di fegato (250 gr.). L'ammalato si è sottoposto molto irregolarmente al trattamento, rifiutando spesso la sua razione. *Esami successivi*: *15-XII-927*: Hb. 25 %; Gl. R. 1,10; V. G. 1,13; Gl. B 3500. *28-XII-927*: Hb 30 %; Gl. R. 1,70; V. G. 0,9; Gl. B. 3700. *12-I-928*: Hb. 30 %; Gl. R. 1,62; V. G. 0,93; Gl. B. 3600. Poli. n. 66; poli. eo. 8; mono. 8; linfo. 17; Rieder 1. *2-II-928*: Hb. 40 %; Gl. R. 1,88; V. G. 1,06; Gl. B. 4000. Poli. n. 67; poli. eo. 5; mono. 12; linfo. 16.

Riassumendo, a prescindere da quest'ultimo caso, dal quale non si può trarre alcuna conclusione, perchè in esso il trattamento fu seguito senza alcuna regolarità, sembra che le nostre osservazioni nei casi I e II spieghino le discordanze esistenti fra i vari Autori, in quanto indicano che il contegno delle anemie secondarie di fronte alla cura di Minot e Murphy è vario, riscontrandosi in alcuni casi un notevole beneficio, che invece in altri può mancare anche del tutto. Si noti che il miglioramento osservato nel nostro caso I è stato del tutto sovrapponibile a quello descritto dagli Autori nei loro ammalati di anemia perniciosa.

Del resto giova tener presente che il classico morbo di Biermer non riveste più l'assoluta individualità nosologica che ancora ieri ad esso si attribuiva. L'anemia perniciosa può tutt'al più considerarsi come una *unità clinica ad etiologia multipla* (Ceconi): un particolare perturbamento dell'equilibrio ematico, prodotto da una causa variabile che forse spesso è sfuggita per la presunzione e la preoccupazione di trovarla identica in ogni caso. Da questo angolo d'incidenza, una netta linea di demarcazione fra anemia perniciosa ed anemie secondarie non è più visibile.

Come la massima parte degli sperimentatori Europei, noi non abbiamo prescritto agli ammalati tutta la dieta di Minot e Murphy, ma la sola razione di fegato: infatti sembra che (come anche Minot e Murphy, del resto, ritenevano) tutti gli altri elementi del regime originario degli Americani abbiano dal punto di vista terapeutico una scarsa importanza.

La cura è ben tollerata, in genere, da tutti i pazienti, non esclusi i soggetti molto avanzati in età. Le sole difficoltà da superare sono l'inappetenza degli ammalati nei primi giorni di cura, e la loro successiva ripugnanza di fronte alla monotonia dell'alimentazione. Controindicazioni precise non si conoscono: tuttavia è bene tener presente che Huston vide morire per uremia un nefritico che si era sottoposto alla cura senza sorveglianza. Mancano osservazioni relative agli effetti del trattamento negli uricemici.

Non si può dire per quanto tempo sia necessario mantenere la somministrazione di fegato, ed a quali dosi. Sembra però probabile che a remissione ottenuta si possano notevolmente ridurre le razioni mantenendo il miglioramento raggiunto, come si verifica per l'insulina dopo la remissione delle crisi acidosiche del diabete. Talvolta in seguito alla cura furono visti manifestarsi disturbi passeggeri di tipo ipoglicemico.

Quanto alle eventuali conseguenze tardive del trattamento prolungato, si attendono i risultati di osservazioni più lunghe: Minot e Murphy videro 5 casi di poliglobulia, e Pal notò casi di eritremia a tipo ipertensivo.

Naturalmente, i ricercatori si sono sforzati di fare uscire dall'empirismo una scoperta di tanto interesse.

Tutte le questioni sollevate dalla scoperta di Whipple, Minot e Murphy si aggruppano intorno a due quesiti fondamentali:

1) A quali sostanze contenute nel fegato (siano esse costituenti cellulari, prodotti di elaborazione

specifica, o materiali di deposito) è dovuta la singolare azione risanatrice del trattamento?

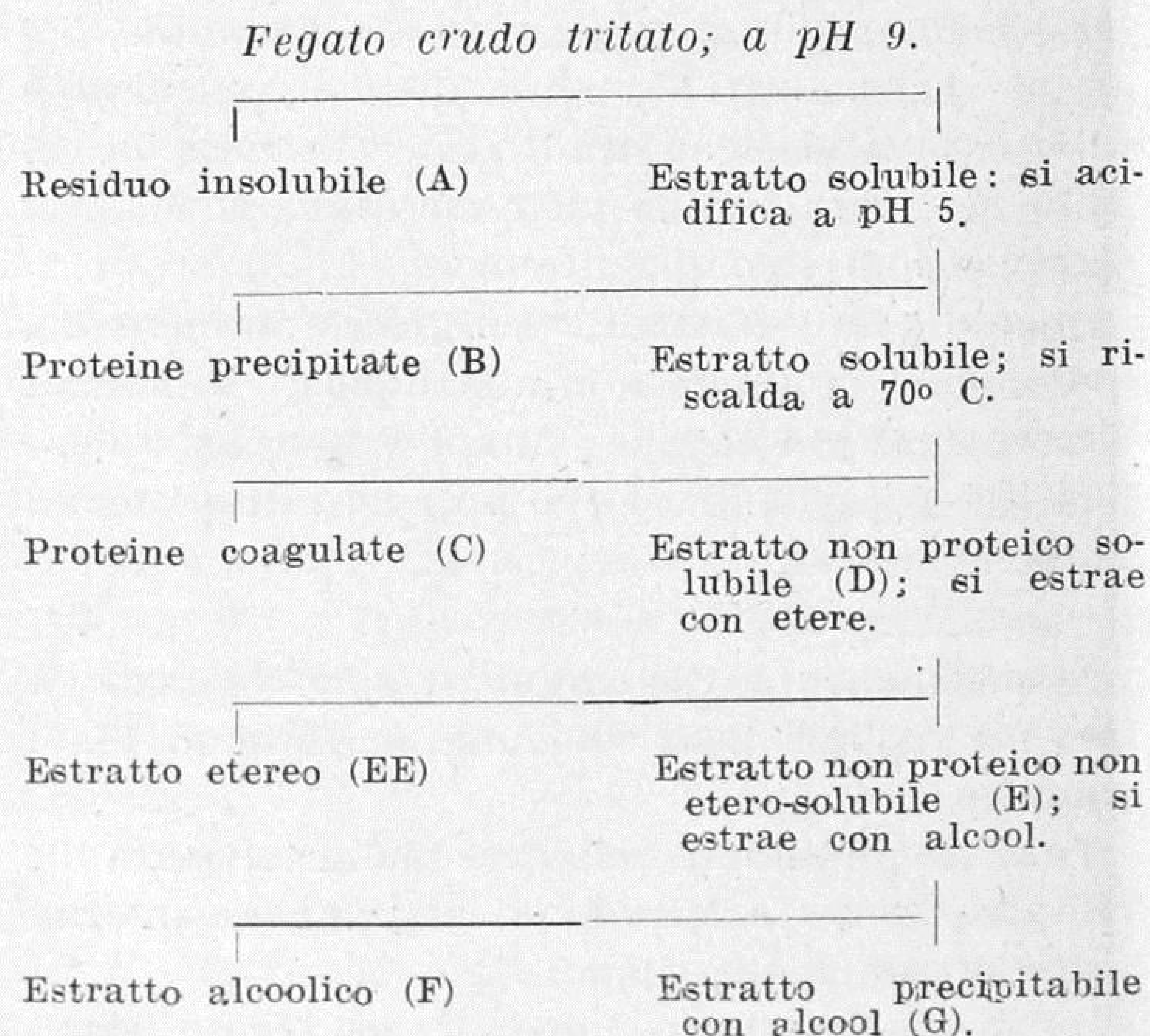
2) Quale ne è il meccanismo di azione?

Per quanto riguarda la prima questione, già Whipple e Robscheit-Robbins avevano escluso che l'influenza accrescitiva dell'alimentazione ricca di fegato sulla rigenerazione ematica fosse legata al contenuto in *ferro* del parenchima epatico. Il rene di bue contiene circa il triplo di ferro rispetto al fegato, eppure come efficienza rigenerativa è a questo appena equivalente; mentre la milza ne contiene circa il doppio, e si dimostra efficace come metà (Whipple e Robscheit-Robbins).

Minot e Murphy ritenevano dapprima che il fegato dovesse la sua efficacia al suo contenuto proteico, non come cifra assoluta di azoto, ma come peculiarità strutturale delle molecole proteiche in esso contenute. Invece, ricerche compiute da Minot e Murphy con E. J. Cohn ed altri collaboratori dell'Università Harvard, dimostrarono che il principio attivo del fegato è contenuto in una frazione non proteica che costituisce meno del 2 % dell'organo, che è solubile in acqua, precipitabile con alcool, insolubile in etere, priva di lecitina e di lipoidi, e che contiene circa il 7 % di N e tracce minime di ferro e di zolfo. Pochi grammi di questo estratto possono sostituire, con effetti assolutamente comparabili, i 250 grammi di fegato che fanno parte del regime dietetico degli Americani. Quasi contemporaneamente, West ottenne un estratto analogo, contenente appena il 5,70 % di N, il 2 % di P, l'1 % di S, senza ferro. Anche Stosius, in collaborazione con Pal, isolò dal fegato una frazione simile a quella di Cohn, ma più ricca di ferro (0,92 %).

Il processo di estrazione adottato da Cohn è riassunto nelle sue tappe principali nel seguente schema:

Fegato crudo tritato; a pH 9.



L'estratto D ed i successivi non hanno proprietà ipoglicemizzanti; l'estratto F contiene dei principi ipotensivi; l'estratto G, che gli Americani si sono astenuti di battezzare con un nome in « ina », è diverso da tutte le vitamine (compresa la E, etero-solubile, che Simmonds, Becker e Mac Collum chiamavano in causa per spiegare gli effetti della cura di Minot e Murphy), e si dimostra capace di sostituire a tutti gli effetti l'intero fegato nella cura dell'a. p.

Attualmente sono già in commercio dei preparati che corrispondono agli estratti epatici degli Autori (*Hepatopson*, Schottmüller, *Hepatrat*, Seyderhelm, *Procithol*, Rosenow). L'estratto originale di Cohn è stato messo in commercio dalla « Eli Lilly Company » di Indianapolis.

Qual'è il meccanismo di azione di questo principio attivo?

Questa seconda questione è ancora molto difficile da chiarire. Ogni disamina di essa deve naturalmente partire dal concetto etio-patogenetico dell'a. p., cioè da un terreno tutt'altro che levigato.

Minot e Murphy ritengono che l'ipoglobulia dell'a. p. sia legata alla mancanza di qualche cosa che normalmente permette la crescita dei globuli rossi, o, come opina Whipple, la formazione dello stroma di essi. Secondo gli Americani, il ricambio del pigmento nell'a. p. si compie in modo normale: donde, di fronte alla diminuita produzione di globuli, la pleiocromia, l'ipercolemia, l'emosiderosi degli organi. L'alimentazione ricca di fegato supplirebbe a questa carenza.

Spingendosi un passo avanti, Peabody precisa che il fegato agisce verosimilmente apportando un elemento che permette la *maturazione* dei globuli rossi: in appoggio a questa concezione starebbe il fatto, da lui osservato mediante biopsie sistematiche, che di pari passo col migliorare delle condizioni ematologiche dei pazienti va una graduale rarefazione dei megaloblasti nel loro midollo osseo. Minot e Murphy insistono sulla comparsa precoce dei reticolociti, in appoggio all'idea che il trattamento produca una rapida maturazione dei megaloblasti.

Da vari altri Autori sono state avanzate altre interpretazioni del meccanismo di azione del fegato o degli estratti epatici: è stato, per es., supposto che essi debbano la loro efficacia terapeutica ad una azione anti-emolitica (Labbè), ad una azione foto-sensibilizzante (Macht), ad una azione svelenante (Seyderhelm): ma tutte queste congetture, compresa quella degli Americani, non escono finora dal campo delle semplici ipotesi.

Come più sopra abbiamo accennato, l'anemia perniciosa progressiva sembra doversi considerare come una sindrome clinica riconducibile a cause diverse da caso a caso. Ora, come per il momento non può dirsi se il punto di confluenza, l'anello di congiunzione fra le diverse cause e l'unico effetto sia la carenza di un principio indispensabile (Whipple, Minot e Murphy, Peabody), o la produzione di sostanze mielotossiche (Seyderhelm, Koessler e Maurer), od altro, così finora non abbiamo elementi che definitivamente stabiliscano se la somministrazione di fegato agisca apportando un materiale inerte, un principio svelenante, od uno stimolo regolatore.

Indubbiamente, ci troviamo di fronte ad una scoperta di alto interesse, di grande valore pratico e dottrinale, che alla mente di tutti gli Autori ha quasi inconsapevolmente richiamato la scoperta dell'insulina.

Dal punto di vista dottrinale la scoperta di Whipple, Minot e Murphy ha forse una portata maggiore di quella dell'insulina: in quanto di quest'ultima anche prima del suo isolamento era stata intravista e dimostrata l'esistenza, mentre la scoperta del principio antianemico contenuto nel fegato giunge inattesa a rischiarare di viva luce un campo di ricerche finora appena sospettato. Non sembra azzardato, per esempio, presumere che essa sia destinata a produrre una revisione della interpretazione delle anemie, e della classificazione di esse.

Dal punto di vista pratico, abbiamo un nuovo sussidio terapeutico che ogni medico può accogliere nel suo corredo. La sfera d'azione del nuovo rimedio non è ancora precisata: però sembra che, come è stato per l'insulina, anche il principio attivo del fegato sia destinato ad avere maggiori indicazioni. Così, ad esempio, — senza tornare a dire della sua applicazione alla cura di alcune anemie secondarie, nè dei tentativi di Porges nelle nefrosi — gli stessi Minot e Murphy lo hanno ultimamente saggiato nel trattamento dello sprue, ottenendone risultati non meno brillanti di quelli ottenuti nell'anemia perniciosa. (Comunicazione epistolare).

Catania, febbraio 1928 (VI).

BIBLIOGRAFIA.

AÏTOFF e LOEWY. Presse méd., 1927, p. 545.
ANDERSON a. SPRIGGS. Lancet, 1927, p. 958.
ARON. D. m. W., 927, p. 1125.
BIBERFELD. D. m. W., 927, pp. 2124 e 2170.
BLUM e CARLIER. Presse méd., 927, p. 1466.
BRANDENBURG. Med. Klin., 927, p. 1735.
BRILL. Journ. of the Amer. med. Assoc., 927, p. 606; ibid., p. 1215.
CECONI. Lezioni di Clinica Medica; ed. Min. Med., 1927.
COHN, MINOT, FULTON. ULRICHS, SARGENT, WEARE, MURPHY. Journ. of. Biol. Chemistry, 927, vol. LXXIV, p. 69.
CROUZON, MATHIEU e GILBERT-DREYFUS. Revue neur., 927, p. 90.
ELDERS. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk., 922, p. 2269; Lancet, 1925, p. 75; Acta med. Scandin., 927, p. 166; Nederl. Tijdschr. voor Geneesk., 927, p. 1939.
ELLIOTT. Med. Journ. of Australia, 927, p. 672.
FIESSINGER e CASTÉRAN. Bull. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 927, p. 1253.
GIBSON ed HOWARD. Arch. of intern. Med., 923, p. 1.
GOLDBLOOM. Journ. of the Canad. med. Assoc., 927, p. 74.
HEERES. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk., 927, p. 899.
HOOGENBOOM. Ibid., p. 2470.
HURST. Brit. med. Journ., 927, p. 676.
HUSTON. Amer. Journ. of. the med. Sciences, 927, p. 520.
HUTH. e KESSLER. W. K. W., 1928, p. 58.
IAGIE e SPENGLER. Ibid., 927, p. 1480.
KOESSLER e MAURER. Journ. of the Amer. med. Assoc., 927, p. 768.
GASPARINI. Riv. Ital. di Terapia, ottobre 927.
LEMAIRE. Bull. de l'Ac. Royale de Méd. de Belgique, 927, p. 131.
MACHT. Journ. of the Amer. med. Assoc., 927, p. 753.
MEDEARIS e MINOT. Journ. of clin. Investig., 927, p. 541.
MINOT e MURPHY. Journ. of the Amer. med. Assoc., 926, p. 470; ibid., 927, p. 759; The Boston med. and surgical Journ., 926, p. 410; Brit. med. Journ., 927, p. 674.
MOLLER. Ugeskrift for Laeger, 927, p. 552.
MOORE e DUNCAN. Irish Jour. of med. Science, 927, p. 726.
MORAWITZ e KÜHL. Klin. Woch., 1925, p. 4.
MOUZON. Presse méd., 1927, pp. 1554 e 1592.
MUGRAVE. Colorade Medicine, 927, p. 215; Journ. of the Amer. med. Assoc., 927, pag. 998.
MURPHY, MONROE e FITZ. Journ. of the Amer. med. Assoc., 927, p. 1211.
NARBESHUBER. Med. Klin., 1928, n. 3.
NEUBURGER. Ibid., 1928, n. 2.
NICHOLLS. Boston med. a. surg. Journ., 927, p. 302.
ONTIVEROS. Arch. de med. cirurg. y especial., 927, p. 439.
PAL. Wien. k. W., 927, p. 799; ibid., pp. 1337 e 1343; ibid., LUGER, KUTSCHERA, SAXL, GOLDSTERN, REDLICH, ARNSTEIN.
PEABODY. Am. Journ. of Pathol., 927, p. 179.
PEARCE, KRUMBHAAR e FRAZIER. Spleen and anemia. Philadelphia, 1918.
PITTALUGA y CALANDRE. Arch. de Cardiol. y Hematol., 927.
RATHERY e MAXIMIN. Bull. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 927, p. 1122.
ROSENOW. Klin. Woch., 1927, p. 1560; Med. Klin., 928, n. 1.
ROSSI. Semana med., ottobre 927.
SCHIMACK e FELDNER. W. med. Woch., 927, p. 1537.
SCHOTTMÜLLER. M. m. W., 927, p. 1623.
SEYDERHELM. Klin. Woch., 928, p. 1.
SEYDERHELM e TAMMANN. Klin. Woch., 927, p. 1177.
SEYFARTH, Med. Gesellsch. zur Leipzig., 927, p. 1163.
SIMMONDS, BECKER e MAC COLLUM. Journ. of the Amer. med. Assoc., 927, p. 1047; Journ of Biol. Chem., 927, p. 68.

VERNEY. Policlinico, prat., 1928, p. 45.
E. WEIL. Bull. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1927. p. 1169.
WEST. Proc. of the Soc. for exper. Biol. and Med., 927, p. 665.
WHIPPLE e ROBSCHEIT-ROBBINS. The Amer. Journ. of Physiol., 1925, pp. 395, 408, 419, 431; 1927, pp. 260, 271, 280, 391, 400.
WILKINS. Journ. of the Amer. med. Assoc., 1927, p. 967.

Risultati ottenuti nella cura della anemia perniciosa progressiva e di alcune anemie gravi col metodo di Whipple.

Dott. GINO GIAUNI
Medico della Federazione Nazionale degli Addetti ai Trasporti Marittimi, già v.-Capo Sezione della R. Clinica Medica di Genova.

INTRODUZIONE.

Ondate di entusiasmo hanno suscitato gli svariati metodi di cura della anemia perniciosa progressiva tuttavolta che ad un nuovo metodo di cura proposto tenne dietro qualche successo.

Veramente numerosi sono i compensi terapeutici della a. p. p. (cura arsenicale, cura marziale, opoterapia midollare, sieroterapia ecc. ecc.) ed ogni metodo può vantare dei miglioramenti nel decorso della grave forma morbosa. In questi ultimi anni vennero proposti nuovi indirizzi curativi che hanno effettivamente procurato resultati soddisfacenti in taluni casi. Ricorderò la radioterapia che ha una azione eccitante sulla ematopoiesi e che ha dimostrato a taluni AA. (Vaquez e Aubertin) successi indiscutibili, mentre in altri casi il miglioramento fu nullo od insignificante. Ricorderò il torio X per iniezioni sottocutanee che ha procurato buoni resultati a Marcel Labbé, Aubertin, Klemperer ecc. Il torio X, come l'arsenico ed altri medicamenti, si è però dimostrato insufficiente nelle ricadute.

Ancora più recente è l'applicazione nella cura della a. p. p. della splenectomia. Come è noto Eppinger, Klemperer e Decastello proposero questo intervento ciascuno in base a vedute personali.

Eppinger pensò essere la milza la causa della emolisi, Klemperer osservando che in seguito alla splenectomia apparivano numerosi globuli rossi nucleati in circolo, ritenne che l'asportazione della milza determinasse null'altro che una forte irritazione del midollo osseo, comportandosi tale intervento come gli altri agenti terapeutici eccitatori della ematopoiesi.

De Castello invece ritenne che a seguito della splenectomia i residui della distruzione globulare non vengono eliminati, ma bensì trattenuti ed utilizzati per la formazione di emazie più resistenti.

Non è nostro compito di indagare quale è più vicina al vero degli esposti concetti, ma ci importa più assai il sapere che i risultati ottenuti dai diversi autori negli affetti da a. p. p. in seguito alla splenectomia furono piuttosto modesti. Intanto se è vero che la splenectomia agisce come eccitante del midollo osseo come agiscono gli altri compensi terapeutici eccitatori della ematopoiesi (Aubertin) poichè in seguito alla forte irritazione midollare compaiono in circolo forme immature, viene logico di mettere in pratica altri mezzi che abbiano lo stesso ufficio senza assoggettare il paziente ad un atto operativo che se non dà mortalità elevate (6 % secondo Aubertin, 15 % secondo la statistica di Silvestrini) ha pertanto delle indicazioni assai ristrette: soggetti di età inferiore ai 50 anni, malattia che non superi l'anno, comportamento particolare della formula leucocitaria (leucopenia e tasso di polinucleari non troppo abbassato).

Le forme a evoluzione rapida controindicano l'operazione, come la controindica la anemia aplastica. I risultati post operativi non sono troppo brillanti, perchè l'ablazione (Marin) è senza effetto in più di 1/3 dei casi e perchè la maggior parte degli operati è andata a morte in un tempo che oscilla fra pochi mesi fino ad un massimo di due anni dalla operazione. Nei casi favorevoli oltre al miglioramento dello stato generale si può notare col tubaggio duodenale che i pigmenti derivati dalla emoglobina sono diminuiti (scompare l'urobilinogeno) ciò che starebbe ad indicare una attenuazione della emolisi.

A proposito poi della crasi sanguigna molto giustamente fa osservare il Marin che il miglioramento è solo quantitativo, perchè rimane il carattere pernicioso del quadro ematologico, ed anzi si accentua in non pochi casi.

Per tutte le esposte considerazioni la splenectomia nella cura della a. p. p. non è il metodo di scelta nè è da raccomandarsi.

Consideriamo brevemente gli altri mezzi curativi.

Trasfusioni sanguigne. È inutile quì insistere sui benefici che spesso può apportare. Ma i miglioramenti molte volte non sono che passeggeri e le ricadute si succedono e successive trasfusioni di sangue non riescono ad avere più ragione della malattia. A proposito ricorderò che molto recentemente Walinskj ha proposto di usare l'insulina associata alle trasfusioni di sangue. Con questo metodo si iniettano da cinque a venti unità di insulina al giorno e si procede come di solito alla trasfusione. Pare che si siano ottenuti buoni risultati (M. P. E. Weil) perchè l'insulina

avrebbe permesso alle trasfusioni sanguigne di avere un'azione più utile ed intensa, azione che senza di essa non si sarebbe verificata. Lo stesso metodo però ad altri autori francesi (Rathery) che l'hanno esperimentato ha procurato degli insuccessi.

Brevemente ricorderò ancora la sieroterapia eccitante dell'apparato ematopoietico degli anemici messa in pratica con sieri antitossici antiemolitici, antiemorragici: detti compensi terapeutici si dimostrarono utili tuttavolta che il midollo osseo fu suscettibile di risentire e di rispondere a questa eccitazione curativa. E la stessa cosa può dirsi della opoterapia midollare che dovrebbe rappresentare l'eccitante specifico del midollo osseo. Per ultimo in questa brevissima rassegna dei mezzi di cura della a. p. p. mi sia concesso di ricordare anche la antica cura a base di preparati arsenicali. L'arsenico, come opinione di molti osservatori si è dimostrato spessissimo un ottimo medicamento, sebbene recentemente si siano schierati contro di lui taluni autori specialmente americani (Whipple, Robscheit) ritenendolo capace di aumentare ed esagerare quella emolisi già presente e caratterizzante della a. p. p.

Adunque varietà dei mezzi terapeutici con risultati più o meno soddisfacenti a seconda dei varii osservatori e dei varii casi. Però non bisogna mai dimenticare che talune volte le pronte migliorie debbano essere attribuite al naturale decorso della malattia ed alle naturali remissioni, piuttosto che alla cura introdotta.

Or non è molto ci giunse notizia da oltre mare di un nuovo metodo di cura della a. p. p. attraverso ad una speciale alimentazione.

L'alimentazione nella A. P. P. — Già Biermer nel 1872 scriveva che era utile prescrivere in questa malattia cibi di facile digestione (farinacei) come una modalità di terapia, ma non era ammessa grande importanza nella valutazione della dieta. Osler rilevò che alcuni ammalati di a. p. p. avevano giovamento da migliore dieta alimentare e da talune misure igieniche, mentre gli stessi ammalati non avevano avuto vantaggio dalla terapia medicamentosa. Fenwich raccomandava fin dal 1877 diete ricche di proteine e scarse di farinacei. Hunter invece nel 1890 ha insistito sul fatto che nella a. p. p. era utile una dieta ricca di idrocarbonati e grassi e scarsa di proteine.

Grawitz ritenne utile prescrivere un'alimentazione a base di vegetali freschi e di proteina. Malgrado queste raccomandazioni dietetiche fatte da valorosi clinici (i quali come si è visto erano fra di loro spesso in contrasto nella dietoterapia della a. p. p.) si deve ammettere che poca importanza fu data fino a non molto tempo fa alla influenza dei cibi sulla ematopoiesi, e raramente fu consigliato un regime che avesse effetto diretto sulla crasi sanguigna.

È merito di Whipple, Robscheit, Hooper di aver studiato l'azione della dieta alimentare sull'apparato ematopoietico.

I predetti autori hanno dimostrato che certi alimenti, fegato e reni, hanno una importanza considerevole nella rigenerazione del sangue. Le loro esperienze si svolsero su cani anemizzati sperimentalmente e sottoposti ad una alimentazione composta prevalentemente di fegato di bue. Dai risultati ottenuti Whipple ed i suoi collaboratori poterono concludere che l'alimentazione col fegato di bue è il mezzo più potente di rigenerazione delle emazie e della emoglobina. Secondo gli stessi l'arsenico non ha sull'anemia effetto alcuno.

Osservarono ancora (fatto molto importante) che questa speciale alimentazione a base di fegato può produrre 90, 100 gr. di emoglobina al di là di quel fattore che Whipple chiama di mantenimento, cioè al di sopra della minima quantità di emoglobina e del minor numero di emazie che devono essere prodotte ogni giorno per rimpiazzare emoglobina ed emazie giornalmente distrutte.

Questi studi di Whipple furono applicati alla clinica umana da diversi autori. Minot e Murphy riferiscono recentemente di aver trattato colla alimentazione a base di fegato 45 ammalati di a. p. p. e si sottoposero i pazienti ad una alimentazione variante da 120 a 240 gr. di fegato di vitello o di bue al giorno oppure di uguale quantità di reni di agnello. Aggiunsero 100 gr. di carne, da 250 a 500 grammi di frutta fresche, 300 grammi di vegetali (specialmente lattughe e spinaci). Appena 40 gr. di grasso venivano concessi e particolarmente burro o crema. La dieta priva di grassi va spiegata col fatto che venne messo in rilievo da diversi autori la proprietà distruggitrice del sangue per l'azione di certe sostanze derivate dai grassi. D'altra parte un eccesso di lipoidi nel siero ostacolerebbe la rigenerazione globulare, e secondariamente l'alimentazione grassa procurerebbe fatti putrefattivi intestinali che secondo taluni AA. hanno parte notevole nella patogenesi della a. p. p. Nessun medicamento venne consigliato a questi ammalati, solo si facevano ingerire 15 cmc. di una soluzione diluita di acido cloridrico.

I risultati ottenuti, furono a detta degli autori, meravigliosi, sia dal punto di vista clinico che dal punto di vista ematico. In molti ammalati dopo un periodo di cura variante da 4 a sei mesi, la cifra delle emazie che inizialmente era inferiore ad 1.500.000 sorpassava i 4.000.000. Il miglio-

ramento però fu più spiccato nei soggetti curati all'inizio della malattia che in quelli che erano alla seconda o alla terza ricaduta.

Altri autori hanno esperimentato questa alimentazione in questa malattia: Rathery e Maximin trattarono 2 casi e ne ottennero dei risultati soddisfacenti. Crouzon ha ottenuto ugualmente eccellenti risultati in un ammalato nel quale la cifra delle emazie dopo tre mesi di cura salì da 1.700.000 a 4.200.000.

Rist osservò grandissimo miglioramento in un vecchio prostatico di 70 anni nel quale, malgrado la tarda età, il midollo osseo si dimostrò ancora capace di rigenerazione.

Weil alla Società Medica degli Ospedali di Parigi, riferì or non è molto su quattro casi di a. p. p. criptogenetica aplastica o ipoplastica nettamente migliorati sia col metodo di Whipple sia con quello di Walinsky.

Lemaire in 8 ammalati di a. p. p. trattati colla alimentazione epatica ha avuto buoni risultati: il miglioramento nei diversi ammalati si è mantenuto anche nei mesi successivi alla cura, e lo stato generale ne avvantaggiò considerevolmente assieme alla crasi sanguigna.

Ancora recentemente Aitoff e Loewy riportano molto estesamente le interessanti storie cliniche di due ammalati affetti uno da a. p. p. e l'altro da una grave forma anemica instauratasi in un vecchio ammalato.

Nel primo caso venne applicato il metodo di Whipple dopo che una cura arsenicale, iniezioni sottocutanee di sangue e trasfusioni sanguigne non avevano apportato che modesti e passeggieri miglioramenti. L'alimentazione epatica fu attuata essendo il detto infermo in condizioni pressochè disperate e dopo 75 giorni di cura si ottennero risultati addirittura insperati. Le emazie che prima della cura erano di 1.560.000 salirono a 4.200.000.

Nell'altro caso la terapia chininica ed arsenicale si dimostrarono impotenti a vincere la grave anemia (emazie 1.500.000) anemia che in parte fu vinta dal regime di Whipple: dopo 53 giorni le emazie erano salite a 3.500.000 e lo stato generale era stato notevolmente influenzato.

Meravigliato e sorpreso dei resultati ottenuti dagli autori che ho fino a questo punto accennati ho voluto anch'io esperimentare questo nuovo metodo di cura applicandolo in due ammalati affetti da anemia perniciosa progressiva ed in qualche caso di anemia palustre.

Dettagliatamente riporto le storie cliniche dei due primi ammalati che ho potuto a lungo seguire.

CASO I. — R. Maria, casalinga, di anni 69, da Genova. Il padre e la madre sono morti di malattia imprecisata. L'inferma è vedova dall'età di 48 anni. Il marito era un uomo robusto e morì in seguito ad una polmonite. Essa ebbe tre figli, due femmine e un maschio. Di quest'ultimo emigrato in America non ha da un pezzo notizie. Le due figlie godono attualmente buona salute. La nostra inferma ha sofferto di comuni esantemi dell'infanzia. Riferisce, e insiste su ciò, che dalla età di 8 anni godette sempre buona salute fino alla insorgenza dell'attuale malattia che cominciò nel giugno 1925.

L'ammalata notò astenia he andava progressivamente accentuandosi: quasi contemporaneamente il colorito della sua pelle andava assumendo un aspetto di pallore giallastro cui andò aggiungendosi una tinta leggermente subitterica. Le mucose visibili erano, a sua detta diventate bianche. Non notò dimagramento. Dopo qualche tempo insorse invece una dispnea che non si accentuava notevolmente col moto, ma che persisteva anche col riposo. Per consiglio del suo medico cambiò aria trasferendosi nell'agosto 1925 presso una sua figlia nella Riviera di Levante, e intraprese altresì una cura a base di preparati di cui non sa precisare la natura. In seguito alle migliorate condizioni igieniche ed in seguito alla cura medicamentosa notò un discreto miglioramento delle sue condizioni generali.

Verso la seconda quindicina dell'ottobre 1925 cominciarono turbe a carico dell'apparato enterico caratterizzate da diarrea.

Le feci, a sua detta erano di colorito bruno nerastro e notevolmente puzzolenti.

La diarrea dopo quel periodo si andò attenuando e le funzioni intestinali si regolarizza rono abbastanza.

Ritornò in città dopo un soggiorno di circa tre mesi di campagna. Dopo il suo ritorno le condizioni generali andarono peggiorando. L'appetito cominciò nuovamente a diminuire, il colorito della cute e delle mucose ritornò qual'era prima della partenza per la campagna, l'astenia si andò nuovamente accentuando al punto che obbligava l'inferma a rimanere quasi sempre a letto. Contemporaneamente l'ammalata si lagnava di forte bruciore alla lingua specialmente in corrispondenza della punta. Visito l'inferma per la prima volta il 4 novembre 1925. L'esame obbiettivo generale mi dimostra:

Donna di statura media. È rilevante il pallore cereo della cute e delle mucose. Contrasta con l'intenso pallore una lieve tinta subitterica alle sclere. È normale l'apparato scheletrico, la muscolatura piuttosto flaccida, il grasso sotto cutaneo è nei limiti normali: esistono edemi agli arti inferiori.

L'esame dei varii apparati dimostra:

Apparato digerente. — Dentatura in pessimo stato di conservazione con piorrea alveolare diffusa. Lingua leggermente tumefatta, ed arrossata particolarmente alla punta ove si nota qualche punto disepitelizzato. Alla punta ed ai bordi della lingua si osservano rare vescichette di un colorito grigiastro. La volta palatina appare leggermente arrossata.

Lo stomaco è ptosico. L'addome è simmetrico,

trattabile, indolente. Nulla a carico del retto. Le funzioni intestinali sono abbastanza regolari.

Fegato. — Ptosico ed aumentato di volume. Il margine inferiore è liscio, leggermente indurato, indolente.

Milza. — Presenta un modico aumento di volume.

A carico dello apparato respiratorio fatti di enfisema marginale.

Apparato circolatorio. — Polso molle, piccolo, discretamente frequente (88 battute al 1'). Pressione arteriosa: Mx. 110; Mn. 75.

Cuore. — Modico allargamento dell'ottusità cardiaca verso ambo i lati. Toni puri sui focolai d'ascoltazione. Ai bulbi delle vene giugulari si ode un soffio continuo, con particolare accentuazione durante la sistole.

Sistema nervoso. — Integro.

Apparato uropoietico. — Esiste oliguria: 700, 800 C. C. prodie.

Esame delle urine. — Colore giallo marsala. Reazione: acida; P. S.: 1018; Albumina: assente; Sangue: ass.; Glucosio: ass.; Urobilina: presente; Bilirubina: ass.

Indifferente il sedimento urinario.

Esame quantitativo. — Urea: 18 per mille; Acido urico: 0.60 per mille; Cloruri: 9 per mille; Fosfati 3 per mille.

Procedo nei giorni seguenti ai sottoindicati esami:

Esame delle feci. — L'esame microscopico è negativo, negativa la ricerca del sangue.

Esame del succo gastrico. — Somministro il giorno 8-11-25 a digiuno pasto di prova di Ewald. Estratto dopo un'ora con la sonda il residuo alimentare rilevo: HCl: ass.; AT: 0.6 %. Assenza di acido lattico.

Esame del sangue: GR.: 1.420.000; GB.: 3.400; HB.: 30; VG.: 0.93.

Piastrine: 75.000.

Esame del sangue colorato col May Gruwald Giemsa.

Poichilocitosi ed anisocitosi marcatissima. Netta anisocromia. Non rilevansi globuli rossi nucleati.

Formula leucocitaria: neutrofili 48, eosinofili 1, Linfociti 31. Monociti grandi 12. Monociti piccoli 8.

La reazione di Wassermann, di Sachs Georgi, di Starobinsky, si dimostrarono negative per la infezione luetica, e la sierodiagnosi per il cancro di Botelho fu parimenti negativa.

Un'accurata indagine radiologica del torace e dell'addome, particolarmente, non dimostrò fatti di particolare rilievo.

Eseguii il giorno 11-11-25 un secondo esame di sangue, esame che mi diede presso a poco gli stessi resultati del precedente.

Attraverso alla sintomatologia clinica la diagnosi di a. p. p., poteva dirsi presso che completa, ma ugual cosa non poteva dirsi attraverso al quadro ematologico. Alcuni dati del reperto ematico deponevano per vero per tale diagnosi (emazie al di sotto di 2.000.000 anisocromia, poichilocitosi ed anisocitosi, leucopenia): per vero mancavano alcuni dati patognomonici della a. p. p. (valore globulare al di sopra della unità, assenza di emazie nucleate). La mancanza di emazie nucleate in una grave anemia costituisce un fatto anormale e deve fare pensare ad una forma di anemia aplastica.

Istituisco (12-11-25) una cura arsenicale ed una cura tonicardiaca. L'arsenico è dato sotto forma di liquore arsenicale di Fowler prima a piccole dosi e successivamente a dosi medie. L'ammalata dopo una diecina di giorni accenna ad un miglioramento particolarmente in rapporto alle condizioni di circolo: gli edemi sono in gran parte riassorbiti. La astenia è meno intensa e l'anoressia è meno spiccata. Dopo circa 20 giorni di cura arsenicale, sono accusate dall'inferma turbe a carico dell'apparato gastro enterico consistenti in diarrea ostinata. Si sospende l'arsenico e dopo tre giorni scompare ogni manifestazione a carico del tubo intestinale. Praticato un esame del sangue il giorno 1-12-25 rilevo: GR.: 2.210.000; GB.: 4.750; Hb.: 35; VG.: 1.01.

Dopo qualche giorno di riposo consiglio una cura a base di olio colesterinato al 5 % (4 cucchiaini al giorno). L'ammalata continua ad accusare astenia intensa, laonde associo alla precedente una cura stricninica. Le condizioni generali non migliorano, il pallore dei tegmenti è intenso; un esame di sangue praticatogli 30-12-25 dimostra: GR.: 1.850.000; GB.: 4.300; Hb.: 30; VG.: 1,2.

Negli strisci colorati in serie rilevo qualche raro globulo rosso nucleato (normoblasti e megaloblasti) nella misura di 1/400.

Considerando l'insuccesso della terapia colesterinica ed in seguito ai preziosi consigli che ricevetti dal mio compianto maestro prof. A. Barlocco che ebbe occasione di visitare l'inferma, istituisco una terapia arsenicale per via parenterale (formula di Ziemmssen) alternata a iniezioni intramuscolari di piccole quantità di sangue.

Dopo circa due mesi dall'attuazione dell'anzidetta terapia, le condizioni generali dell'ammalata sono assai migliorate sia dal punto di vista generale che dal punto di vista del quadro ematico. Infatti: GR.: 2.950.000; GB.: 5.000; Hb.: 55; VG.: 1,09.

In questo momento l'ammalata che si sente assai meglio desidera abbandonare la città per recarsi in campagnia presso una sua figlia.

Data la sua insistenza le concedo di partire.

Apprendo da sue notizie che dopo circa un mese lo stato di salute è stazionario. Nel giugno mi si informa che le condizioni generali sono nuovamente peggiorate e nel luglio sono chiamato a visitare l'ammalata. Osservo condizioni presso a poco identiche a quelle notate la prima volta che vidi l'inferma: pallore intenso dei tessuti, edemi: mi accusa l'ammalata dispnea, palpitazioni, astenia ed anoressia.

Prelevato il sangue rilevo (7-7-26): GR.: 2 milioni; GB.: 4.700; Hb.: 35; VG.: 1,1.

Poichilocitosi ed anisocitosi. Presenza di emazie nucleate 1/250. A carico della serie bianca lieve mielocitosi.

L'ammalata aveva dalla metà di aprile abbandonato ogni cura, poichè si era sentita meglio, contrariamente alle mie raccomandazioni.

Instauro a questo punto la stessa cura che precedentemente aveva apportato notevoli benefici, e da notizie ricevute apprendo che essa ne ha avuto vantaggio, assai modesto.

Rivedo l'ammalata a Genova il 14-11-26. Le condizioni generali sono stazionarie, l'esame del sangue mi dimostra: GR.: 2.250.000; GB.: 4.900; Hb.: 35; VG.: 1,3.

Mi convinco che nulla ormai più possa l'arsenico e consiglio una cura marziale. I resultati

sono poco soddisfacenti laonde nella prima quindicina di dicembre del 1926, convinco l'ammalata a sottoporsi ad una alimentazione speciale composta di 150 gr. di fegato, di 400 gr. di frutta, di verdure fresche, di 200 gm. di latte, evitando di sorpassare la dose di 50 gm. di burro al giorno. Consiglio altresì la soluzione cloridrica.

Abbandonato ogni medicamento, concedo solo piccole dosi di scillaren. L'ammalata dopo alcuni giorni mi dichiara che assolutamente non può continuare questo speciale metodo di alimentazione perchè il fegato la nausea intensamente e le procura vomito. La convinco che è necessario continuare; ma dopo due giorni in seguito a suo deciso rifiuto, riesco ad ottenere di sottometterla alla alimentazione epatica mediante il sondaggio gastrico.

Dopo le prime volte, vinta la repulsione e la reflettività del suo faringe, riesco a farle ingoiare la piccola sonda di Einhorn: a detta operazione si sottopone in seguito senza alcuna difficoltà.

Faccio preparare così il fegato: 200 gr. di esso e fatto bollire per 1/4 di ora in 300 grammi di acqua. Si estrae il fegato di tritura finemente, si setaccia ancora e si mischia l'acqua di ebollizione.

Con una grossa siringa è immesso nella sonda. Il brodo di ebollizione ne è il vettore.

Dopo un mese di alimentazione epatica sono migliorate le condizioni generali e l'esame del sangue dimostra (26-1-27): GR.: 2.950.000; GB.: 5.200; Hb.: 50; VG.: 1,01.

Anisocitosi e poichilocitosi. Ipocromatofilia. Rarissimi globuli rossi nucleati.

Al 50° giorno di terapia epatica rilevo (15-2-27): GR.: 3.235.000; BG.: 5.500; Hb.: 55; VG.: 1,1.

All'80° giorno di alimentazione (16-3-27): GR.: 3.850.000; GB.: 6.700; Hb.: 70; GV.: 1.01.

Come avvenne esattamente l'anno precedente l'ammalata notevolmente migliorata, vuol partire per la campagna.

Come l'anno precedente l'ammalata si è trascurata, e sebbene io le avessi raccomandato di continuare l'alimentazione epatica almeno tre volte alla settimana, sono informato che essa ha seguito ben poco i miei consigli.

Rivisitata il 29-5-1927 essa è in preda ad una seconda ricaduta sia dal punto di vista generale e particolarmente della crasi sanguigna. Infatti: GR.: 2.175.000; GB.: 6.200; Hb.: 50; VG.: 0.91.

Netta ipocromatofilia. Globuli rossi nucleati 1/300 anisocitosi e poichilocitosi. Mielocitosi.

Riprendo la alimentazione di fegato, e questa volta l'ammalata memore dei benefici precedentemente ottenuti, non ha più bisogno della sonda.

Dopo una trentina di giorni (28-6-27) osservo: GR.: 3.185.000; GB.: 6.850; Hb.: 60; VG.: 1.

Continua l'alimentazione epatica, discretamente tollerata. Il fegato viene ingerito manipolato in diversi modi.

A fine agosto il miglioramento è notevolissimo. L'ammalata è in condizioni generali notevolmente migliorate.

Ha acquistato appetito. Non accusa dispnea da diverso tempo. Essa accudisce da qualche tempo ai suoi lavori attivamente. Eseguito un esame di sangue osservo (31-8-27): GR.: 4.050.000; GB.: 7.500; Hb.: 85; VG.: 0.95.

Non rilevansi più globuli rossi nucleati. Persiste lieve anisocitosi.

A quest'epoca cessa la razionale alimentazione epatica, pertanto insisto ed ottengo che almeno due volte la settimana essa ingerisca 200 gr. di fegato al giorno.

Il miglioramento si è mantenuto costante fino a poco tempo fà (24-10-27) ultima volta che ebbi occasione di visitare l'inferma.

L'ultimo esame di sangue eseguito mi dimostrò: GR.: 4.000.000; GB.: 7.500; Hb.: 83; VG.: 0.94.

Persiste lieve anisocitosi. Formula leucocitaria: neutrofili 57 %, basofili 1 %, eosinofili 3 %, linfociti 25 %, monociti grandi 9 %, monociti piccoli 5 %. (Vedi tabella I).

TABELLA I.

Data degli esami	Globuli rossi	Leucociti	Emoglobina %	V. G.	Osservazioni
8-11-1925	1,420,000	3400	30	0,93	*Cura arsenicale*
12-11-1925	2,210,000	4750	35	1,01	*Cura colesterinica*
30-12-1925	1,850,000	4300	30	1,2	*Arsenico e iniezione di sangue*
28- 2-1926	2,950,000	5000	55	1,09	*id. id.*
7- 7-1926	2,000,000	4700	35	1,1	L'a. si è trascurato
14-11-1926	2,250,000	4900	35	1,3	Ars. e iniez. di di sangue e ferro
26- 1-1927	2,950,000	5200	50	1,01	*Alimentazione epatica.*
15- 2-1927	3,235,000	5500	55	1,1	*id. id.*
16- 3-1927	3,850,000	6700	70	1,01	*id. id.*
29- 5-1927	2,175,000	6200	50	0,9	L'a. ha abbandonato l'ingestione di fegato
28- 6-1927	3,185,000	6850	60	1	Ripreso dall'alim. epat. dal 29-5-27
31- 8-1927	4,050,000	7500	85	0,95	Sospesa l'alimentazione epatica
24-10-1927	4,000,000	7500	83	0,94	Nessuna cura

CASO II. — Mariano B., capitano marittimo, di anni 39, da Genova. Il padre è morto or sono 5 anni vittima di uno scontro automobilistico, la madre è vivente e sana. Il nostro infermo ha una unica sorella che sposatasi or sono 5 anni con un uomo sano, ebbe quattro figli che godono tutti ottima salute.

Il nostro ammalato ebbe i comuni esantemi dell'infanzia. A 17 anni soffrì di infezione tifoidea. Ha goduto sempre ottima salute fino all'insorgenza dell'attuale malattia. Ci dichiara di essere discreto mangiatore, modicissimo bevitore di vino e liquori, forte fumatore.

Nega la lues, ed altre malattie veneree.

Circa la malattia attuale riferisce che da un anno circa notò astenia che progressivamente andò accentuandosi: contemporaneamente rilevò perdita di appetito e cefalea prevalentemente frontale assai molesta. Ebbe nel giugno 1926 due epistassi. Nello stesso mese fu sbarcato dal suo piroscafo in seguito a rialzi termici che duravano da qualche giorno.

Dopo un periodo di convalescenza di circa 25 giorni e dopo aver fatto uso di ricostituenti e di eupeptici, le condizioni generali migliorarono: l'appetito se non del tutto ritornò in parte, la cefalea cessò, l'astenia scomparve pressochè completamente.

Si imbarcò ancora a fine luglio del 1926 e navigò fino ai primi di novembre dello stesso anno, epoca nella quale per l'accentuarsi dei disturbi sopra accennati chiese ed ottenne nuovamente lo sbarco.

È in quell'epoca che visito per la prima volta l'infermo (6 novembre 1926). Mi racconta che è dimagrito, che progressivamente ha notato la perdita dell'appetito e una stanchezza che è andata sempre più accentuandosi. Contemporaneamente accusa palpitazioni frequenti e si lagna di molesti ronzii alle orecchie. Al momento della prima visita lo stato del capitano M. B. è il seguente:

Soggetto piuttosto magro, longilineo, colpisce il pallore dei suoi tegumenti. La muscolatura è abbastanza sviluppata, l'apparato scheletrico è normale. Il tessuto cellulare sottocutaneo è scarso, la cute e le mucose visibili sono notevolmente scolorate, la mucosa congiuntivale ha dei riflessi verdastri.

Apparato digerente. — Dentizione in discreto stato di conservazione. Lingua impatinata. Faringe leggermente arrossata. Stomaco normale. Addome trattabile ed indolente. Alvo discretamente regolare. Nulla a carico del retto.

Fegato. — Nei limiti normali.

Milza. — Nei limiti normali.

Nulla di patologico si rileva a carico dello apparato respiratorio e del sistema nervoso.

Apparato circolatorio. — Polso a 95 battute al minuto, piccolo, a bassa pressione (Mx 95, Mn 65), cuore nei limiti normali. Alla ascoltazione si avvertono due dolci soffi sistolici, uno sul focolaio aortico e l'altro più intenso alla punta. Dato lo stato poco soddisfacente dell'infermo, gli consiglio per qualche giorno oltre a qualche cura sintomatica e ad una dieta particolare, il riposo a letto.

Procedo nel frattempo alle ricerche indispensabili.

Esame delle urine: quantità al giorno 1.800 = 2.000 cmc. colore giallo scuro. Reazione: Acida. Peso specifico 1018. Glucosio: ass.; albumina e sangue: ass. Indacano presente. Urobilina pres. Bilirubina, ass. Acidi biliari, ass.

Urea grammi 13,5 per mille. Acido urico gr. 0.30 0/00. Cloruri gr. 6 0/00. Fosfati gr. 2 0/00.

L'esame microscopico delle orine non dimostra alcun rilievo degno di nota. Esame del succo gastrico. Estratto dopo pasto di prova. HCl: ass. HCl: combinato: 0.21 per mille; AT: 5 per mille; assenza di sangue; assenza di acido lattico.

Esàme delle feci.

Assenza di parassiti intestinali e di uova di elminti. Negativa la ricerca delle emorragie occulte. Urobilina 0.60 prodie.

Esame del sangue 8-11-26: Conteggio: GR.: 1.900.000; GB.: 3.850; Hb.: 30 %; VG.: 1.25.

Lo striscio di sangue colorato dimostra spiccatissima poichilocitosi ed anisocitosi. Si osservano globuli rossi nucleati (1 su 300); esiste netta policromatofilia.

La forma leucocitaria è la seguente:

Neutrofili 51 %. Eosinofili 3 %. Linfociti 29 %. Monociti grandi 9 %. Monociti piccoli 5 %. Mielociti neutrofili 3 %. Piastrine 1.000.000. Reazioni di Wassermann, di Sachs, di Starobimky negative. Reazione di Botélho negativa.

Dopo qualche giorno di riposo a letto l'ammalata riferisce di risentire la stanchezza meno dei giorni precedenti. Ha sempre una vera ripugnanza per i cibi e specialmente per i grassi, e la sua alimentazione è prevalentemente lattea e idrocarbonata.

Convinto di trovarmi di fronte ad una grave forma anemica, intraprendo una cura arsenicale (liquore arsenicale del Fowler): consiglio contemporaneamente cura stricninica per via parenterale. Dopo una ventina di giorni osservo miglioramento nello stato generale: praticato il giorno 25-11-26 un esame di sangue rilevo: GR.: 2.400.000; GB.: 4.600; Hb.: 35 %; VG.: 1.3.

Consiglio di continuare la cura arsenicale per os e per iniezioni alternata. Rivedo l'ammalato dopo 25 giorni (20-12-26). Le condizioni generali sono stazionarie. Non si è verificata, dopo la mia visita ultima, alcun miglioramento. Pratico alla stessa data un esame di sangue ed osservo: GR.: 2.150.000; GB. 4.800; Hb. 30 %; Vg. 1.4.

A quell'epoca, ritenendo ancora utile una cura arsenicale, consiglio una terapia a base di acido arsenioso nella dose di ctg. 4 al giorno, cura che a taluni autori (Neisser) ha dato nell'anemia p. p. qualche discreto risultato. Dopo 15 iniezioni le condizioni sono pressochè invariate sia dal punto di vista generale e leggermente peggiorate da parte della crasi sanguigna.

Tralascio il trattamento arsenicale che evidentemente nel mio caso si è dimostrato poco efficace e decido di sottoporre il paziente alla alimentazione epatica.

Inizio il trattamento il 4-1-1927. In questo giorno il conteggio del sangue mi dimostrò: HB.: 30 %; GR.: 1.950.000; GB.: 4.700; VG.: 1.2.

Anisocromia. Emazie nucleate. Anisocitosi. Poichilocitosi. Mielocitosi (5 %).

Sopprimo all'ammalato ogni medicamento: somministro solo 2 cucchiai di soluz. all'1 % di HCl al dì, e gli consiglio di prendere grammi 150 di fegato di bue (preparato come in seguito si dirà) e di aggiungere una razione di carne al giorno di almeno 150 grammi. Aggiungo alla dieta verdure fresche, frutta fresche, 300 grammi di latte, grassi in scarsissima quantità.

Dopo 8 giorni di alimentazione epatica l'ammalato si rifiuta di continuare. Consiglio decisamente di persistere sottoponendo il fegato a leggera lessatura, bevendo il brodo di cottura, e aggiungendo al fegato pochissimo olio e limone in abbondanza.

Con questo sistema l'ammalato non ha più per il fegato quella iniziale ripugnanza. Dopo 22 giorni di cura l'esame del sangue dimostra (23-1-27): GR.: 2.350.000; GB.: 5.200; HB.: 38; VG.: 1.2.

Mi pare che il risultato dopo 22 giorni di cura, per quanto siasi verificato un certo miglioramento, non sia quale fu quello osservato da altri autori. Aumento la dose di fegato a 200 gr. L'ammalato per vero ingerisce il fegato senza eccessiva difficoltà e se lo fa cucinare anche in altri modi (es. sotto forma di pasticcio).

Il 15-2-27 le condizioni generali sono assai migliorate. L'appetito è aumentato, l'astenia è meno spiccata, la cefalea scomparsa completamente. Cute e mucose, sono assai meno pallide. L'esame

del sangue dimostra: GR.: 2.900.000; GB.: 5.900; HB.: 50; VG.: 1.1.

A fine febbraio graduale miglioramento delle condizioni generali e della crasi sanguigna. Esame del sangue: GR.: 3.400.000; GB.: 6.200; HB.: 65 %; VG.: 1.01.

Anisocitosi e poichilocitosi ancora evidenti. Assenza di emazie nucleate.

Continuo la terapia epatica coi soliti 200 grammi di fegato, ingeriti nei due pasti principali della giornata. Il miglioramento continua, lo stato generale è notevolmente soddisfacente, l'ammalato ha forza, ha appetito e mi domanda insistentemente di poter riprendere le sue occupazioni. Un esame di sangue del 27-3-27 dimostra: GR.: 4.100.000; GB.: 7.200; HB.: 80; VG.: 1.

Dopo 100 giorni di alimentazione epatica si sospende detto trattamento. È interessante rilevare il reperto ematologico all'inizio della cura ed alla fine del periodo curativo: 4-1-27: GR.: 1.950.000; GB.: 4.700; HB.: 30; VG.: 1.2.

16-4-27: GR.: 4.350.000; GB.: 7.100; HB.: 85; VG.: 0.99.

Il risultato ottenuto in questo caso fu sorprendente. Precedenti metodi curativi erano stati seguiti da insuccesso. Non credo che si possa parlare di una remissione spontanea della malattia. Sospesa detta alimentazione quotidiana, invitai l'ammalato, parimente a quanto feci nel caso precedente, a mangiare del fegato almeno due volte alla settimana.

L'ammalato non ha avuto più alcuna recidiva. Lo osservai il 14-6-1927. Le sue condizioni di salute erano ottime, ma non ebbi la possibilità di eseguire un esame di sangue.

L'ultima volta che ebbi occasione di vederlo fu precisamente il 3 sett. del 1927; potei praticare un esame di sangue e rilevare: GR.: 4.230.000; GB.: 7.350; HB.: 85; VG.: 0.99.

Neutrof. 64; Eosinof. 2; Linfoc. 21; Mon. 13.

Lieve poichilocitosi ed anisocitosi.

L'ammalato attende da due mesi alle sue normali occupazioni. (Vedi tabella 2ª).

TABELLA II.

Data degli esami	Globuli rossi	Leucociti	Emoglobina %	V. G.	Osservazioni
8-11-1926	1,900,000	3850	30	1,25	Inizio cura arsenicale
25-11-1926	2,400,000	4600	35	1,3	Arsenico
20-12-1926	2,150,000	4800	30	1,4	Arsenico
4- 1-1927	1,950,000	4700	30	1,2	Inizio alimentazione epatica
23- 1-1927	2,350,000	5200	38	1,2	Alimentaz. epatica
15- 2-1927	2,900,000	5900	50	1,1	Alimentaz. epat.
28- 2-1927	3,400,000	6200	65	1,01	Alimentaz. epat.
27- 3-1927	4,100,000	7200	80	1	Si sospende l'alimentazione epatica
16- 4-1927	4,350,000	7100	85	0,99	Nessuna cura
3- 9-1927	4,230,000	7350	85	0,98	Nessuna cura

Sono questi gli unici due casi di a. p. p. che potei trattare col metodo di Whipple.

Ho pensato pertanto di applicare lo stesso metodo curativo in talune gravi forme di anemia.

Riporto succintamente due casi.

CASO III. — Ferdinando A., di anni 23, marittimo (tanchista), da Barletta.

Nulla da segnalare nella anamnesi famigliare e personale remota.

Riferisce l'ammalato di aver contratta l'infezione malarica or sono 8 mesi (quartana).

Da oltre un mese non ha più presentato tipici attacchi. Si presenta alla mia osservazione in uno stato di anemia spiccata, che data l'anamnesi, ritengo di origine palustre.

Una cura arsenicale (Stovarsol) è seguita per breve tempo e faccio succedere ad essa l'alimentazione epatica.

L'esame del sangue all'inizio della cura mi dimostra: GR.: 2.350.000; GB.: 4.800; HB.: 45; VG.: 1.

Poichilocitosi ed anisocitosi. Assenza di parassiti malarici.

Dopo 30 giorni di alimentazione: GR.: 3.600.000; GB.: 5.000; HB.: 65; VG.: 1.1.

Dopo 64 giorni dalla cura: GR.: 4.180.000; GB.: 6.500; HB.: 85; VG.: 0.96.

Dal 18 luglio, epoca dell'ultimo esame di sangue, non ho più rivisto il predetto marittimo.

CASO IV. — Guido R., di anni 49, marittimo (nostromo), da Camogli.

Contrasse l'infezione malarica or sono 2 anni in viaggi del Congo.

È residuata una forma anemica che ha curato assai modestamente.

Nell'aprile 1927 lo osservo per la prima volta e ad un esame di sangue noto: GR.: 3.025.000; GB.: 6.000; HB.: 60; VG.: 1.

Dopo 26 giorni di alimentazione rilevo: GR.: 3.850.000; GB.: 6.200; HB.: 75; VG.: 1.

Dopo 50 giorni: GR.: 4.330.000; GB.: 6.500; HB.: 85; VG.: 1.

Ho riportato estesamente la storia clinica di due ammalati affetti da a. p. p. i quali beneficarono notevolmente del metodo consigliato da Whipple, e due casi di anemia palustre anch'essi notevolmente influenzati dalla predetta alimentazione.

Questo metodo alimentare curativo fu per vero da me attuato non nei soli quattro casi che ho più sopra riportati, ma vi ricorsi anche in qualche altra forma di anemia malarica che potei osservare nel reparto medico della Federazione Nazionale degli Addetti ai Trasporti Marittimi. Non mi è possibile riportare altre storie cliniche poichè spesso, spessissimo (e lo si comprende dato il genere di vita degli ammalati osservati) questi sono perduti di vista per immediate sopraggiunte necessità professionali. Posso pertanto tracciare in linea generale quanto mi deriva dalla pratica fatta.

Come l'indicarono precedentemente varii autori (e particolarmente Minot e Murphy che riportarono una casistica importante) questo metodo

curativo indicatissimo nella cura dell'a. p. p. presenta effettivamente grandi vantaggi.

Il primo caso da me riportato rappresentava una forma molto grave. La malattia decorreva per lo meno da due anni. Data l'età, data l'anamnesi e particolarmente in seguito all'iniziale referto ematico ero al principio incerto di trovarmi di fronte ad un caso di a. p. p. o ad una forma di anemia aplastica. Successivi esami di sangue e l'illuminato giudizio del prof. Barlocco mi orientarono verso una forma di a. p. p. L'arsenico apportò inizialmente qualche miglioramento sia nelle condizioni generali, sia nella crasi sanguigna.

L'olio colesterinato non ebbe alcun effetto. Una successiva terapia arsenicale intensiva e iniezioni di sangue migliorarono assai l'inferma; ma il miglioramento fu di breve durata e si verificò una ricaduta contro la quale la stessa terapia e una cura marziale non ebbe alcun effetto.

Instaurata l'alimentazione epatica si ottennero, come appare dalla tabella N. 1, risultati superiori all'aspettativa.

Il secondo caso appartiene a quel capitano che nello spazio di un anno era ridotto in condizioni impressionanti.

Attraverso ai segni fisici ed ai segni ematologici fu diagnosticata una a. p. p. Anche in questo caso la cura arsenicale apportò inizialmente un certo miglioramento, ma contro una ricaduta l'arsenico non ebbe efficacia. Iniziata l'alimentazione epatica dopo poco più di tre mesi il miglioramento era notevolissimo. (*Vedi* Tab. N. 2).

Ricadute. — La storia clinica dei due ammalati di a. p. p. parmi troppo chiara per poter senz'altro escludere che il miglioramento grande in entrambi ottenuto si deve attribuire esclusivamente alla alimentazione epatica e non ad una remissione spontanea della malattia. Quest'ultima eventualità è ormai cosa troppo nota perchè si debba senz'altro scartare in tutti i casi di anemia perniciosa nei quali il corso della malattia ha una evoluzione che si scosta dal pernicioso.

Sono troppo note le ricadute frequenti che si verificano nel corso di questa grave forma morbosa perch'io qui ricordi che precisamente contro le ricadute quegli stessi medicamenti che portarono in un tempo precedente ad esse dei benefici, anche considerevoli, si dimostrino nella ricaduta totalmente inefficaci. Colla alimentazione epatica si può aver ragione di ulteriori recrudescenze del morbo. Il primo caso da me riportato ne è un esempio. Quella donna presentò una netta ricaduta poco tempo dopo l'abbandono completo della consigliata alimentazione. Ma questa ricaduta fu succesivamente vinta da una successiva razionale applicazione del metodo.

Il vantaggio che l'alimentazione epatica presenta su tutti gli altri metodi di cura proposti nella a. p. p. parmi che stia essenzialmente nella efficacia che dimostra anche nelle ricadute.

Inconvenienti. — Non è infrequente che il fegato dopo un certo tempo venga decisamente rifiutato. Può occorrere, come nel primo caso riportato, di essere obbligati, se non si vuol interrompere la cura, di dover far uso di una sonda duodenale per poter far giungere il fegato allo stomaco finemente triturato e setacciato, evitando così il disgusto che provano certi ammalati. Aitoff e Loewy usarono per primi la sonda e se ne trovarono benissimo ed io confesso che i risultati meravigliosi ottenuti nel mio primo caso devono attribuirsi esclusivamente a questa modificazione.

Non è però cosa facile, nè è facilmente applicabile agli ammalati che rifiutano il fegato, l'uso della sonda. Molte volte poi è assolutamente impossibile far continuare l'intrapresa alimentazione: i malati si rifiutano ostinatamente. Ne ho qualche esempio in proposito.

Modo di somministrare il fegato. — Ho già detto precedentemente come si consiglia di manipolarlo se si deve usare la sonda. Se l'ammalato non ha bisogno di tale operazione, si consiglia di fare cuocere il fegato per alcuni minuti in acqua bollente e di mangiarlo in diverse maniere condito, evitando però di aggiungere troppi grassi. Io l'ho fatto prendere in diversi modi: coll'aggiunta di poco burro e sale, coll'aggiunta di poco olio e molto limone o olio e aceto. L'ho fatto prendere finemente triturato e sotto forma di polpette fritte in burro. Secondo il mio modo di vedere, è consigliabile di prenderlo appena cotto, passato leggermente al burro e inaffiato da abbondante succo di limone.

Il brodo di cottura serve per minestra nella quale si possono aggiungere verdure fresche.

Composizione della dieta. — Mi sono attenuto scrupolosamente ai consigli di chi usò largamente di questo metodo. Oltre ai 150-200 gr. di fegato, si somministra ugual dose di carne, 4 o 500 gr. di frutta fresca, 2 e 300 gr. di vegetali, specialmente spinaci e lattughe. Inoltre uno o due uova, 200 gr. di latte. pane preferibilmente abbrustolito. Non ho notato inconvenienti sorpassando la dose di 40 gr. di grasso (burro) concessa da Minot e Murphy.

Durata della cura. — Non è possibile stabilire un tempo esatto. La durata dipende da diversi fattori e precisamente dallo stato generale e dal miglioramento del quale cammina di pari passo con il miglioramento della crasi sanguigna. Fu osservato da alcuni autori che l'interruzione dell'alimentazione epatica provoca una ricaduta

della malattia (Labbé), ricaduta, come ho anch'io verificato nel primo caso riportato, che però in seguito alla ripresa della alimentazione epatica fu vinta e riportò l'ammalata in condizioni quali era prima. Io ritengo che raggiunto un miglioramento notevole sia bene non abbandonare di colpo questa alimentazione, ma mantenerla per un certo periodo di tempo facendo ingerire il fegato almeno due volte alla settimana. I periodi necessari possono variare da un minimo di 40 giorni a un massimo di 6 mesi. Ritengo che se dopo 2 mesi non si verifica netto miglioramento sia inutile persistere nella cura.

Soluzione cloridrica. — Ai due ammalati di a. p. p. consigliai di prendere alla fine di ciascun pasto principale un cucchiaio da zuppa di soluzione cloridrica all'1 %.

Età. — Tutte le età possono beneficiarne, ed anche i vecchi possono ottenere reali miglioramenti. Non è del resto la mia osservazione unica fra le già descritte perchè Rist ha curato con esiti brillanti un vecchio prostatico di 70 anni.

Applicazione del metodo ad altre forme di anemia. — Questo genere di alimentazione ha procurato ottimi resultati oltre che nella cura dell'a. p. p. anche in altre gravi anemie.

Così i miei due casi di anemia palustre sono stati benignamente influenzati da questo speciale genere di dieta, similmente ad un caso riportato da Aitoff. Il metodo di Whipple ha procurato altresì successi a Fiessinger in una forma di anemia splenica. Non è da escludersi che entrando maggiormente nella pratica detto metodo venga esteso per la cura di altre anemie.

Guarigione. — Si può parlare di effettiva guarigione della a. p. p.? Non lo credo sebbene numerosi argomenti rendano questo concetto molto suggestivo. Io ritengo che sia molto più ammissibile parlare di un netto miglioramento che potrà far ammettere una guarigione se esso si manterrà a lungo. In ogni modo questa applicazione nella pratica è ancora troppo recente e mancano osservazioni in proposito per confermare.

MODO DI AGIRE DEL FEGATO.

Viene spontaneo di chiederci come agisca il fegato per produrre questi innegabili miglioramenti nel corso dell'a. p. p.

Agisce forse per il ferro che contiene? Questa ipotesi venne emessa da Hayem specialmente in considerazione dei miglioramenti ottenuti nella cura dell'a. p. p. col protossalato di ferro.

Altre ipotesi vennero emesse: Weil pensa che il processo emolitico resti influenzato onde si spiegherebbero i brillanti risultati.

Secondo gli autori americani il fegato agirebbe per mezzo delle sostanze proteiche che contiene. È noto che una alimentazione prevalentemente idrocarbonata e scarsa di sostanze proteiche può causare anemia, anemia che si può curare e guarire con una alimentazione ricca di elementi azotati. È noto altresì che gli animali carnivori e le persone magre hanno un tasso più alto di emoglobina nel sangue che le persone grasse e gli animali erbivori. Questo fatto fa pensare che una alimentazione prevalentemente proteica giova nella formazione del sangue. Whipple controllò attentamente sui cani il valore di certi alimenti e particolarmente studiò l'effetto del fegato nello accelerare la rigenerazione del sangue dopo una anemia acuta e venne nel concetto che nell'a. p. p. vi è una scarsità del materiale del quale è formato lo stroma delle emazie e che pure vi è una malattia dello stroma delle cellule di cui è costituito il midollo.

Il fegato, ricco di sostanze proteiche nella a. p. p. agirebbe apportando materiale utile per fabbricare lo stroma delle emazie e nello stesso tempo rinforzerebbe la formazione delle predette.

Altri fattori vennero invocati, fattori degni di essere brevemente ricordati. Jencks recentemente dimostrò che un cibo ricco di vitamine favorisce la rigenerazione del sangue, e molto recentemente Koessler, Maurer e Louchlin hanno insistito sulle relazioni che passano tra anemie primitive secondarie e la deficienza di vitamina A. Essi conclusero un loro interessante studio scrivendo che la rigenerazione del sangue è alla dipendenza della presenza della vitamina A. e che aggiungendo cibi ricchi di vitamina A. nella dieta di animali che per lungo tempo furono alimentati con difetto di questa vitamina, si ha una rapida formazione di nuove cellule sanguigne. Sempre secondo gli stessi autori, il grado e la intensità della rigenerazione sanguigna è una funzione della quantità della vitamina A somministrata.

Gli stessi riuscirono a riprodurre sperimentalmente negli animali condizioni simili alla a. p. p. umana. In base a questi concetti vennero alla conclusione che l'uso di una dieta razionalmente bilanciata e ricca in vitamina A può essere di grande giovamento nella cura di certe anemie e particolarmente nella a. p. p.

Io non ho mezzi sufficienti per criticare più l'una che l'altra di queste varie ipotesi. Confesso però che non sono della opinione di Hayem che considera il fegato di bue come un medicamento ferruginoso. Non si può non riconoscere che il ferro ha in qualche caso di a. p. p. apportato reali miglioramenti. Ciò rientra in quanto precedentemente venne scritto: tutti i mezzi dell'arsenale terapeutico contro l'a. p. p. vantano ciascuno per proprio conto dei successi. Ma non è paragonabile l'azione del fegato all'azione dei ferrugi-

nosi, perchè io ho osservato che là ove fallì la cura marziale riuscì invece nell'intento il metodo di Whipple, Rathery prima di me ha osservato e riferito di un caso identico al mio e che conferma quanto sopra.

Non si può ammettere che detta alimentazione influenzi il processo emolitico perchè allora come ci si spiegherebbero i miglioramenti in quelle forme di anemia nelle quali non esiste emolisi?

L'ipotesi della avitaminosi merita di essere più largamente considerata.

La vitamina A, come è noto, è abbondante oltre che nel latte, nel burro, nelle uova e nei grassi degli organi con intenso metabolismo, specialmente nel fegato. Le foglie verdi sono ricche di fattore A, ricche sono certe frutta, piuttosto poveri sono i cereali. Nella dieta proposta da Minot e Murphy noi vediamo che sono addizionate al fegato 2 o 300 gr. di lattughe o spinaci, verdure queste che contengono molte vitamine. Aggiunsero ancora 300 gr. di frutta, 250 gr. di latte; fu escluso particolarmente grasso di animale e grassi vegetali, perchè detti grassi sono poveri del predetto fattore A.

È innegabile che con questa dieta viene introdotto un quoziente altissimo di vitamina A, nella deficienza della quale Koessler e collaboratori vedrebbero la causa della a. p. p. Viene fatto subito di chiederci se anzichè ricorrere al fegato ed a quegli alimenti che possiedono particolarmente la predetta vitamina, non si debba ricorrere piuttosto alla ingestione di abbondanti quantità di olio di fegato di merluzzo che, come giustamente lo definisce il Rondoni, è un vero concentrato naturale di vitamina A. Questa ipotesi meriterebbe di essere messa in pratica e se i risultati corrispondessero, si avrebbe oltrechè ad una conferma di quanto asserirono gli assertori della avitaminosi, anche un mezzo per rischiarare l'oscura eziologia della a. p. p.

Metabolismo del ferro nella a. p. p. — Bockman e Haunsen fin dal 1900 studiarono il metabolismo del ferro nella a. p. p. I predetti autori rilevarono che il ferro non viene eliminato attraverso le urine e le feci in maggior quantità del normale come era facile supporre, ma anzi osservarono che spesso la eliminazione di esso è diminuita. Fu osservato anzi da Kerner Knecht un caso nel quale il ferro orinario era di milligrammi 0.85 anzichè di mmgr. 1, ed il ferro fecale era di mmgr. 12 anzichè di mmgr. 24, come di norma.

Hunter in 18 casi di a. p. p. trovò un forte aumento del contenuto del ferro nel fegato: in esso il ferro oscillava fra cifre di 80 mmgr. a 300 mmgr. Egli non trovò l'aumento del ferro nella milza, la qual cosa spiegherebbe, secondo il predetto autore, che la distruzione delle emazie nella anemia di Biermer avviene nel circolo portale.

Che cosa dimostrano questi fatti? anzitutto una cosa molto semplice: di ferro non vi è carenza nella a. p. p. però esiste un grave perturbamento nel ricambio del ferro. Infatti in questa malattia l'organismo ha perduto la sua capacità di assimilare il ferro e di utilizzarlo per la emoglobinopoiesi (Marin).

Il fegato agirebbe nella a. p. p. permettendo al ferro di fissarsi nell'organismo?

Questa ipotesi è quella che deve ritenersi la più probabile. Ci è oscuro attraverso a quale mezzo il fegato riesca a far assimilare ed utilizzare il ferro, ed a tale scopo convergono le ricerche di taluni autori.

Recentissimamente Simmunds e collaboratori studiarono le relazioni che passano fra vitamina E e l'assimilazione del ferro. Simmunds, Becker e Mac Collum identificarono or non è molto una nuova vitamina che sarebbe contenuta nell'olio estratto dai grani di frumento. Essi inizialmente chiamarono questa vitamina X, ed in seguito E.

Il grasso costitutivo del fegato conterrebbe in grande proporzione la vitamina E. D'altra parte è noto che il fegato è molto ricco in ferro. Il ferro verrebbe assimilato la mercè della presenza nella alimentazione della vitamina E.

È anche questa una ipotesi suggestiva condizionata naturalmente al fattore principale che io credo rappresentato dal metabolismo del ferro.

Io ritengo che nei casi così trattati d'ora innanzi sarà utile studiare con cura il comportamento del ferro (sanguigno, fecale, orinario) e potrà darsi che conoscendo meglio certe funzioni del ferro, fino ad ora poco studiate, si arrivi a comprendere la causa del successo.

Genova, 31 ottobre 1927 (a. VI, E. F.).

N. B. — Le ricerche ematologiche e tutti gli altri esami vennero eseguiti nel Laboratorio per indagini chimico-batteriologiche della Federazione Nazionale degli Addetti ai Trasporti Marittimi.

BIBLIOGRAFIA.

VAQUEZ e AUBERTIN. Arch. Mal. du coeur, dic. 1914.
AUBERTIN. Presse Médicale, 1914, 30 maggio.
MARIN. *Splenectomie.* Minerva Medica, 1926, n. 33.
P. E. WEIL. Soc. Méd. Hôp. de Paris, 15 lug. 1927.
RATHERY. Ibid.
BIERMER. Rec. in J. A. M. A., agosto 1926.
FENWICH. Ibid.
OSTER. Ibid.
WHIPPLE ETC. Am. J. of Physiol., settembre 1920; Ibid., maggio 1925.
MINOT e MURPHY. J. A. M. A., agosto 1926.
RATHERY e MAXIMIN. Soc. Méd. des Hôp. Paris, 8 luglio 1927.

CROUZON. Ibid.
P. E. WEIL. Loco citato.
LEMAIRÉ. Bull. Ac. R. de Med. de Belgique, febbraio 1927, n. 2.
NOEL FIESSINGER. Presse Médicale, n. 60, 1927.
AITOFF e LOEWY. Ibid., 1927, n. 35.
NOEL FIESSINGER. Soc. Méd. Hôp. Paris, 22 lug. 1927.
HAYEM. Ibid.
P. E. WEIL. Ibid., 15 luglio 1927.
KOESSLER. J. A. M. A., agosto 1926.
SIMMUNDS ETC. Ibid., aprile 1927.

———

OSPEDALE DI S. GIOVANNI IN LATERANO - ROMA
Sala MAZZONI - Primario Prof. P. ALESSANDRINI.

Contributo alla cura dell'anemia perniciosa col metodo di Whipple

per il dott. AUGUSTO FIORENTINI, aiuto medico.

Parecchi autori, specialmente americani, hanno riferito sugli effetti brillanti ottenuti coll'ingestione di fegato di vitello nella cura dell'anemia perniciosa. Avendo pertanto avuto occasione, in questi ultimi tempi, di seguire due infermi affetti da tale malattia, ho creduto degno di un certo interesse sottoporli a tale trattamento, tanto più che da noi in Italia, il metodo, sebbene conosciuto, non ha avuto per quanto mi sappia che scarsa applicazione.

Il metodo di Whipple consiste nella somministrazione giornaliera di grammi 200 di fegato di vitello, che può essere preparato in maniere diverse; come del resto consigliano gli autori che di esso hanno larga esperienza, la somministrazione va fatta a preferenza con fegato di vitello poco cotto o altrimenti, con fegato di vacca, di montone o di pollo.

Riassumo ora brevemente la storia dei due casi studiati:

CASO I. — D. R., di anni 70, vedova, donna di casa. Marito morto l'anno scorso per ictus cerebrale. Una sola gravidanza interrotta al terzo mese. Mestruazioni a 14 anni sempre regolari. Menopausa a 45 anni senza disturbi di sorta. Afferma di essere stata sempre bene fino a circa due anni fa, epoca in cui in seguito a caduta riportò frattura del femore sinistro. Dopo due mesi ha ripreso a camminare con le stampelle. Da circa 15 giorni avverte affanno nel cammino anche dopo pochi passi, astenia, inappetenza, specialmente per la carne. In questo periodo di tempo, a distanza di pochi giorni, ebbe tre volte deliquio durato pochi minuti e notò un discreto pallore al viso, ronzii agli orecchi, appannamenti di vista. L'alvo è regolare, la diuresi normale. Entra all'ospedale il 16 ottobre 1927.

Esame obiettivo. — Condizioni generali gravi, nutrizione assai scaduta, colorito della pelle e delle mucose visibili intensamente pallido, non edemi. Sistema linfo-ghiandolare nulla di notevole. Polso 96 molle ritmico. Respiro un po' frequente. Lingua pallida, liscia, detersa, umida. Papille linguali quasi scomparse. Nulla a carico del collo. Torace regolare simmetrico, si espande un po' meno verso la base sinistra. Fremito vocale tattile diminuito alle due basi dove la percussione fa notare una lieve riduzione di suono. L'ascoltazione dà presenza di rantoli a piccole bolle con carattere crepitante alle due basi, prevalenti a sinistra.

Cuore in parte coperto nei limiti. Primo tono seguito da soffio dolce, prolungato alla punta, secondo tono rinforzato sulla polmonare.

Addome ben trattabile indolente. Fegato deborda circa tre dita dall'arcata costale, aumentato di consistenza, liscio. Milza non si palpa.

All'esame del sistema nervoso si nota: oculomozione normale, non deficit a carico dei nervi cranici e degli arti, all'infuori di una certa debolezza dell'arto inferiore sinistro, già fratturato. Riflessi tendinei e periostei superiori presenti. Non si riesce a provocare i patellari. Pupille eguali e reagenti alla luce e all'accomodazione.

L'esame delle urine dà traccie di albumina, zucchero assente, urobilina+. Al sedimento scarse emazie e lucociti, assenza di elementi renali. La reazione di Wassermann e di Meinike nel sangue sono negative. L'esame del succo gastrico dopo la colazione di prova dà acido cloridrico assente.

La paziente migliora giornalmente dei fenomeni bronco-polmonari, ma permane all'ascoltazione un respiro nettamente soffiante alle basi e si nota un'intensa accentuazione dell'anemia. Il 28 ottobre si pratica l'esame del sangue. Glob. rossi 950.000; Glob. bianchi 7000; Hb. 50; valore glob. 2,5. L'esame del preparato colorato (May-Grunwald) dà un grado notevolissimo di poichilocitosi e anisocitosi, mononucleosi notevole, diminuzione dei neutrofili. Presenza di emazie nucleate (normoblasti).

Si praticano alla paziente iniezioni ricostituenti, ma le condizioni generali si fanno sempre più gravi, persiste lo stato anemico.

Il 14 dicembre si ripete l'esame del sangue: Glob. rossi 1.080.000; Glob. bianchi 5400; Hb. 50; Valore glob. 2,3. Esame del sangue a striscio: anisocitosi, poichilocitosi. Qualche normoblasto e megaloblasto. Formula leucocitaria: mononucleati grandi 3, medi 13, linfociti 26, neutrofili 57, eosinofili 1.

Il 15 dic. si inizia la cura giornaliera di grammi 200 di fegato di vitello e si sospendono le iniezioni ricostituenti già ordinate. Il giorno 24 dicembre e cioè dopo soli dieci giorni di cura la paziente avverte un senso di benessere, che aumenta giorno per giorno. Ritorna anche l'appetito. Il 25 dicembre si ripete l'esame del sangue: Glob. rossi 2.500.000; Glob. bianchi 10.000; Hb. 65; Valore glob. 1,3. Il preparato a striscio fa notare: ancora presenza di poichilocitosi e anisocitosi, policromatofilia. Formula leucocitaria; mononucleati medi 14. Forme di passaggio 3. Linfociti 33; Neutrofili 50. Il 27 dicembre la paziente che era rimasta sempre in letto comincia ad alzarsi. Il 4 gennaio 1928 le condizioni generali dell'inferma sono notevolmente migliorate, il colorito della pelle e delle mucose ha assunto un aspetto roseo, la lingua è rosea con papille quasi normali.

Il 5 gennaio l'esame del sangue dà: Glob. rossi 2.500.000. Glob. bianchi 9500. Hb. 65. Valore glo-

bul. 1,3. Formula leucocitaria: neutrofili 56, linfociti 28, mononucleati grandi e medi 13. Forma di passaggio 2. Eosinofili 1.

Si pratica anche la colesterinemia e si ha un valore di 2,10.

Intanto si avverte sempre più il miglioramento nelle condizioni generali dell'inferma.

Il 15 gennaio si fa una nuova conta: Glob. rossi 3.600.000. Glob. bianchi 9000. Hb. 75, valore glob. 1,04. Formula leucocitaria: mononucleati grandi 2, medi 2, forme di passaggio 2, linfociti 28, neutrofili 64, eosinofili 1, basofili 1.

All'esame del succo gastrico dopo la colazione di prova si nota ancora anacloridria.

Caso II. — Signor X, ingegnere, di anni 56, ammogliato. La moglie è donna sana con cinque figli viventi, non aborti. Modico bevitore e fumatore. Nega lue e mali venerei. Asserisce di non aver avuto malattie degne di nota. L'attuale malattia risale all'agosto del 1927, epoca in cui cominciò a notare astenia e un certo pallore al viso che il paziente attribuì ad eccessivo lavoro. Dall'ottobre avverte affanno, senso di oppressione al petto e diarrea. Ha fatto molte cure: cardiocinetici, iniezioni ricostituenti, ma senza giovamento. Una reazione di Wassermann nel sangue ha dato risultato negativo. Viene alla nostra osservazione nell'ottobre 1927.

Esame obiettivo. — Individuo di robusta costituzione, un po' deperito, colorito della pelle e delle mucose visibili intensamente pallido. Nulla di notevole all'apparato linfoghiandolare. Lievi edemi agli arti inferiori. Polso 100 ritmico molle, respiro dispnoico. Lingua pallida, impaniata, notevolmente liscia. Torace regolare, simmetrico. Nulla di notevole alla percussione e ascoltazione. Cuore nei limiti normali, toni un po' deboli parafonici. Soffio sistolico che si ascolta bene su tutti i focolai. Addome ben trattabile, indolente. Milza, si palpa sotto l'arco due dita, un po' dura, liscia e indolente. Anche il fegato si palpa due dita sotto l'arco aumentato di consistenza, liscio, indolente. L'esame del sistema nervoso è negativo.

Esame delle urine: albumina tracce, zucchero assente, urobilina+. Sedimento: qualche cilindro ialino granuloso. L'esame del sangue dà: Glob. rossi 1.850.000, leucociti 7000, Hb. 40, valore glob. 1,10. L'esame a striscio rileva notevole anisocitosi e poichilocitosi, molti macrociti ipercromici. Policromatofilia, non emazie nucleate.

Nella certezza di essere di fronte ad un caso di anemia a tipo pernicioso, viene consigliata la somministrazione di grammi 200 di fegato di vitello al giorno. Dopo venti giorni di cura il paziente si ripresenta notevolmente migliorato nelle condizioni generali, il pallore è diminuito e così l'astenia e la diarrea. L'appetito è aumentato e il malato ha l'impressione soggettiva del proprio miglioramento. Si nota diminuzione dell'epato e splenomegalia. L'esame del sangue ripetuto dà: Glob. rossi 3.820.000; Glob. bianchi 7200; Hb. 84; valore glob. 0,90. L'esame di urina dà tracce di urobilina e di albumina. L'esame colorato a striscio rileva diminuzione dell'anisocitosi e poichilocitosi e della policromatofilia.

Il paziente viene rivisitato dopo tre mesi di cura e si trova ancora migliorato. È scomparso l'affanno, l'astenia, l'anemia e tornano le forze, tanto che egli può riprendere le sue abituali occupazioni. L'esame del sangue: Glob. rossi 4.300.000. Glob. bianchi 8000. Hb. 90, valore glob. 0,95. Il paziente torna alla sua residenza, fuori di Roma, e notizie recenti, confermano il persistere del già ottenuto miglioramento.

I casi sopra esposti di anemia, che per la loro evoluzione, e per i ripetuti esami di sangue, vanno considerati come appartenenti al gruppo delle anemie perniciose criptogenetiche, dimostrano con evidente chiarezza la inutilità delle solite cure ricostituenti e la efficacia del nuovo metodo curativo, che a distanza di pochi giorni, migliora così rapidamente le condizioni degli infermi, come risulta anche da numerose statistiche citate nella letteratura. Nel primo caso infatti il miglioramento si notò già al decimo giorno di cura e nel secondo invece è manifesto al ventesimo giorno. I primi segni dell'avvenuto miglioramento si presentano con un senso di benessere e di euforia avvertito dai pazienti e con un rapido aumento del numero dei globuli rossi, che risulta raddoppiato (secondo caso) e triplicato (primo caso) nelle prime due settimane di cura. Più lento invece appare l'aumento della quantità di emoglobina e il ripristino della normale forma e grandezza delle emazie. È stata notata specie nel primo caso una leucocitosi, da 7000 a 10.000, con diminuzione della polinucleosi e aumento dei linfociti e dei monociti. Nel secondo caso l'aumento dei leucociti è stato più lieve, da 7200 a 8000. Non è risultata l'eosinofilia, come ha potuto osservare qualche autore. Nella prima inferma, a cui fu somministrata la colazione di prova, l'esame del succo gastrico praticato prima e dopo la cura ha dato costante anacloridria.

Una delle nostre maggiori cure è stata quella di stabilire quale fosse la maniera di somministrazione del fegato e a scopo di esperimento abbiamo somministrato ai due malati in esame e ad altre inferme, fegato di vitella in pezzi, quasi crudo, con aggiunta di succo di limone. Ma tale preparazione non riesce facilmente gradita ai pazienti che la prendono con disgusto e alla fine si stancano e la rifiutano insistentemente. Ad altre malate di corsia abbiamo somministrato fegato bollito in pezzi, ma tale preparazione non risulta facilmente accetta e non dà inoltre, secondo recenti ricerche, che scarsi risultati terapeutici. Allora tentammo di somministrare il fegato crudo passato a setaccio, versando poi la poltiglia in una tazza di brodo bollente a cui si aggiunge un cucchiaino di burro e un po' di sale. Tale semplice preparazione è risultata la più accetta e la più efficace, poichè mentre con la cura di fegato poco cotto e somministrato in pezzi, uno dei due nostri infermi dopo appena dieci giorni dovette sospendere la cura, a causa del disgusto che essa provocava, la potè invece ri-

prendere poco dopo, con discreta facilità secondo la nuova manipolazione. L'altra inferma invece che ormai da più di un mese si nutre tutti i giorni della poltiglia di fegato di vitello in brodo, non si è ancora lamentata di alcun disturbo.

Circa la durata del trattamento M. V. Gordier è d'avviso che debba essere di circa quaranta giorni, mentre M. Labbé fa notare che la cura è bene sia praticata senza interruzione per evitare le ricadute. Come si vede i giudizi sono ancora incerti ma le norme sicure del trattamento saranno dettate da una più larga esperienza, sulla guida di numerosi altri casi sottoposti ad una più lunga e più completa osservazione.

L'idea di curare l'anemia perniciosa con metodo dietetico sorse dal concetto che la patogenesi di tale malattia dovesse riportarsi a lesioni dell'apparato digestivo, sia per deficienza di vitamine alimentari, sia per eccesso di putrefazioni intestinali favorite da insufficienza epatica. Ma per quanto il problema non sia affatto risolto, pur tuttavia i lavori più recenti in proposito parlano della parte straordinariamente importante che deve attribuirsi ai disturbi della digestione (glossite, achilia gastrica, diarrea) che furono già notati fin dai primi osservatori (Bierner, Fenwich e Hunter). Nel concetto che la patogenesi si potesse attribuire all'azione deficiente di ormoni di altri organi a secrezione interna, Shapiro e E. H. Frankel sperimentarono estratti splenici e midollari e F. Walinski volle associare alla trasfusione di sangue cure di insulina. Queste prove non dettero risultati molto soddisfacenti.

Ma le prime esperienze dell'azione del tessuto epatico in rapporto alla rigenerazione del sangue furono praticate da Whipple e seguite da Minot e da Murphy, che poterono osservare, in numerosi casi studiati, la rapida efficacia di simile trattamento.

È già nota da tempo la funzione importante che ha il fegato nella formazione degli elementi figurati del sangue durante il periodo della vita fetale. Nell'adulto invece il fegato oltre le altre importanti funzioni, è capace di fissare il ferro alimentare e il ferro ematico nei suoi tessuti e pare che eserciti una funzione protettiva che serve a diminuire o ad annullare gli effetti di emotossine, sia venute dal di fuori, sia formatesi nell'organismo, specialmente nel tubo intestinale. Si ricordi a tal proposito l'anemia da botriocefalo, che sembra dovuta alle tossine prodotte dal disfacimento delle proglottidi del verme nell'intestino umano.

Per alcuni l'azione benefica della cura col fegato sarebbe dovuta alla presenza di ferro in una speciale combinazione organica, ma Whipple e suoi collaboratori hanno dimostrato che insieme col ferro vi è una sostanza proteica molto importante, che sarebbe contenuta elettivamente nel fegato di vitella, di bue ed anche nei reni. Secondo altri autori il fegato sarebbe ricco in vitamina A (Steembok, Coward et Goldblatt) e in vitamina E (Simmons, Beker et Mac Collum) e all'azione di queste sostanze in unione col ferro e alla proteina specifica, sarebbe dovuta la rapida rigenerazione delle emazie. Whipple e Robscheit-Robin poi nell'ipotesi che l'anemia perniciosa sia dovuta a diminuita elaborazione di corpuscoli rossi, per deficienza di materiale adatto alla costruzione dello stroma delle emazie, ammettono che tale materiale sarebbe fornito mediante la somministrazione del tessuto epatico.

Per conciliare le più semplici teorie si potrebbe per ora ammettere, che il tessuto epatico, specialmente allo stato crudo, contenga delle sostanze capaci di neutralizzare l'azione di veleni formatisi nell'organismo stesso, forse d'origine intestinale, veleni ad azione emolizzante, e che cessata la lisi delle emazie, il ferro e le vitamine siano capaci di stimolare gli organi ematopoietici per una rapida rigenerazione del sangue. Siamo però ancora nel campo delle ipotesi per la spiegazione degli ottimi effetti terapeutici ormai accertati, ma si è fatto un gran passo nella cura di questa grave anemia, il cui prognostico e la cui evoluzione vengono completamente trasformati.

Roma, gennaio 1928.

BIBLIOGRAFIA.

Policlinico, 1927, Sez. Prat. fasc. 42, pag. 1512; fasc. 44, pag. 1600; fasc. 51, pag. 1876; 1928 fasc. 2.
Presse Médicale, 1927, fasc. 35, pag. 546; fasc. 61, pag. 954; fasc. 56, pag. 888; fasc. 96, pag. 1466; fasc. 99, pag. 1514; fasc. 102, pag. 1554.

COMMENTI.

Sulla microdeterminazione del Ca.

Mi sia consentita una breve risposta al professor Melli.

Nel mio commento io dico le testuali parole: « . . . la neutralizzazione operata con ammoniaca concentrata è del tutto inadeguata all'uopo ». Mi pare dunque che l'appunto che io faccio al metodo de Waard, non è quello della temperatura, ma quello della concentrazione dell'ammoniaca.

Visto che il prof. Melli ha creduto opportuno richiamare le condizioni *optimum* per la precipitazione del Ca, mi permetto di far notare che uno dei punti cardinali è proprio la concentrazione degli H+, come risulta molto evidente dalle classiche ricerche del Richards che il prof. Melli cita.

Ora non arrivo a comprendere come si possa fare una esatta neutralizzazione di *2 cmc.* di liquido adoperando ammoniaca concentrata, di cui basta una goccia per fare oltrepassare il viraggio al rosso neutro, non a 2, ma a 100 cmc. di liquido. In tali circostanze servirsi dell'olfatto o del rosso neutro è l'identica cosa, giacchè la prima goccia in eccesso sarà apprezzabile anche all'olfatto più ottuso. A me pare che non sia necessario spendere molte parole per dimostrare che la neutralizzazione con ammoniaca concentrata non possa in alcun modo dare una garanzia di esatta neutralizzazione.

2) La mia neutralizzazione è lenta (20'), proprio come è consigliato espressamente dal Richards sulla base delle sue ricerche; ciò è necessario perchè il precipitato si formi lentamente e non massivamente.

Il contatto della soluzione contenente traccie di magnesio con il precipitato di ossalato di Ca già formato non può determinare, per ovvie ragioni, occlusione di ossalato di magnesio, fenomeno che si verifica durante la formazione dei cristalli, e non dopo che essi siano formati. Viceversa è raccomandabile fare sedimentare per qualche ora il liquido: accorgimento consigliato dallo stesso Richards.

3) Rimanendo a questioni tecniche faccio notare che è ovvio che l'acqua di lavaggio, come da tutti comunemente si pratica, si aspiri con la pompa, ciò che si fa comunemente nei laboratori forniti di pompe ad acqua. Naturalmente per aspirare la sol. n di H Cl. con cui si sciolgono le ceneri è necessario aspirare con la bocca per utilizzare il liquido.

4) Infine la sostituzione della titolazione iodimetrica a quella con permanganato potassico, mi pare che non costituisca un vantaggio: si allunga e complica il metodo senza avere una maggiore sensibilità. Ricorrere ad un metodo indiretto di titolazione dell'acido ossalico, quando se ne ha uno diretto e sicurissimo, non mi sembra logico. Infatti è canone della chimica analitica quello di ridurre al minimo il numero delle reazioni necessarie per la determinazione; perchè ogni reazione, per quanto teoricamente sia quantitativa, in pratica dà un errore più o meno grande. Il mezzo più diretto è precipitazione e pesata: una sola reazione e quindi una sola causa di errore. Se si titola mediante $K\ Mn\ O_4$ l'acido ossalico, naturalmente aumentano lievemente le cause di errore. Ma se si deve ossidare l'ossalato con l'acido iodico, poi liberare il iodio legato all'$H\ JO_3$ rimasto, ed infine titolare con tiosolfato. le cause di errore, devono fatalmente crescere. A metodi così indiretti si deve ricorrere solo se non sono possibili mezzi più diretti di titolazione. Nè può affermarsi che la titolazione con sol. $\frac{n}{100}$ di $K\ Mn\ O_4$, eseguita su 5 cmc. di liquido sia meno sensibile della iodimetria.

Se si volesse fare la determinazione del Ca per via iodimetrica sarebbe più logico seguire una via molto più diretta: precipitare il Ca con l'acido iodico, reazione sensibilissima e quantitativa (Deniges, *L'acide iodique réactif microchimique des combinations solubles et insolubles du Ca, Sr, e Ba*, C. R. Acc. des Sciences, Paris, vol. CLXX, n. 17, p. 996, 1920); e successivamente, titolare il J legato al Ca.

Tale metodo sarebbe applicabilissimo al sangue che non contiene nè Ba nè Sr.

Ma io penso che nello stabilire una tecnica non bisogna andare in cerca della preziosità o della novità, ma esclusivamente della rigida esattezza chimica.

Le condizioni realizzate nella tecnica da me consigliata mi sembra siano quelle che più corrispondano a quanto la chimica analitica ci insegna sulla base delle classiche ricerche di Richards.

*
* *

Circa la ragione per la quale penso che sia più opportuno fare la determinazione su plasma anzichè sul sangue totale insisto su quanto ho precedentemente scritto. Giacchè il prof. Melli mi pare non abbia nulla opposto.

Egli conferma che i globuli rossi hanno un tasso di Ca di 1-2 mgr. %, è dunque ovvio che una variazione di rapporti tra sangue e plasma induca delle forti variazioni calcemiche.

Il fatto che durante la centrifugazione possa avvenire l'assorbimento di una certa quantità di Ca

da parte delle emazie, non mi pare sia ammissibile.

Ad ogni modo tutte le determinazioni che hanno dimostrato essere i globuli rossi poverissimi di Ca sono state fatte separando mediante centrifugazione i globuli rossi dal plasma. Dunque?... Se tali ricerche hanno dimostrato essere le emazie poverissime di Ca, è segno che nessun apprezzabile assorbimento di Ca si verifichi.

Il prof. Melli fa notare che il Ca attivo è quello ionizzato, quindi, solo una parte del Ca plasmatico. Di ciò mi sono occupato altrove (*Arch. di Pat. e Clin. Med.*, 1926). Qui dirò che se si volesse calcolare il Ca ionizzato bisognerebbe conoscere, per applicare la formola di Rona e Takahashi, il valore del Ca plasmatico. È ovvio che, provenendo il Ca ionizzato esclusivamente dal Ca plasmatico, ci allontaniamo sempre di più dal farci una idea approssimativa di esso studiando il contenuto in Ca del sangue totale.

Conoscendo il Ca del plasma e il Ph si può con una certa approssimazione conoscere la concentrazione dei Ca^{++}, mentre ciò riesce impossibile conoscendo il Ca del *sangue totale* e il Ph.

È probabile che mi sia espresso male, ma è certo che nessuno più di me è convinto che le determinazioni di Ca nel sangue debbano essere fatte serialmente perchè abbiano un certo valore. (*Arch. di Pat. e Clin. Med.*, 1926). Quando io dico: « ...*l'ideale sarebbe ricercare contemporaneamente il Ca nel plasma e nella parte corpuscolata. Ma volendo fare una sola analisi insisto nel dire che è necessario eseguire la determinazione sul plasma...* » è chiaro che io intenda dire che *dato un campione di sangue di cui si vuol conoscere il tasso calcico, e non volendo fare la determinazione contemporanea del Ca delle emazie e del siero, è più opportuno fare il dosaggio sul siero, anzichè sul sangue totale.*

Riepilogando: a me pare che gli appunti mossi alla tecnica di De Waard permangono sempre e molto gravi:

1) perchè è impossibile, neutralizzando con ammoniaca concentrata, arrestare il viraggio in 2 cmc. di liquido, esattamente al punto neutro del rosso di metile;

2) perchè la formazione tumultuaria del precipitato (e non la lenta neutralizzazione consigliata da Richards) induce occlusione di ossalato di Mg nei cristalli di ossalato di Ca.

Dal punto di vista biologico mi sembra che quelle argomentazioni da me esposte per dimostrare la necessità delle determinazioni in serie su plasma anzichè su sangue totale, non siano state per nulla scosse da quanto ha obbiettato il prof. Melli.

LUIGI CONDORELLI.

*
* *

Mi siano concesse ancora poche righe di replica.

Il prof. Condorelli ritorna sulla questione del materiale su cui determinare la calcemia: sangue totale o plasma?

Ho già per due volte lungamente esposto il mio pensiero al riguardo: una determinazione corretta della calcemia deve comprendere tutte le determinazioni ed ancora tener conto della suddivisione in calcio dializzabile ed indializzabile ed essere ripetuta non meno di 3-4 volte in giorni diversi. Il contenuto calcico del sangue totale è per me un dato tutt'altro che sprovvisto di significato.

Il tornare ora a ripetere quanto per due volte ho già esposto sarebbe ozioso. Rimando perciò i lettori alle precedenti mie pubblicazioni. (*Policlinico*, Sez. Med., n. 10, 1927 e *Policlinico*, Sez. Prat., n. 51, 1927).

Assai mi rincresce di aver dedicate alcune righe della mia precedente nota alla questione della temperatura più idonea alla precipitazione del calcio. La mia risposta si basava sulla lettura di una copia dattilografata della nota del prof. Condorelli, copia che dall'Autore mi era stata con grandissima cortesia inviata, e nella quale per l'appunto si faceva colpa al De Waard ed a me di non eseguire la precipitazione del calcio a temperatura ottimale. Questo punto essendo stato soppresso nella nota di poi pubblicata, cade nel vuoto la mia risposta ed è evidente che su questo punto il prof. Condorelli ora concorda con me e di nuovo quindi mi scuso di avervi inutilmente insistito.

Anche per quello che riguarda l'uso di soluzioni concentrate per la neutralizzazione ho già esposte altrove le ragioni (breve tempo di contatto, minor diluizione, ecc. ecc.) che me l'hanno fatta preferire e lo stesso dicasi per l'adozione di un indicatore, che oggi il prof. Condorelli trova inutile. ma la cui pretesa dimenticanza pochi giorni or sono, nella sua precedente nota, egli stesso, erroneamente, rimproverava al De Waard ed a me.

Ripetermi ancora sarebbe superfluo, tanto più che nessun fatto nuovo mi sembra sia stato messo innanzi dal prof. Condorelli, se non la constatazione che così operava Richards. Ora non si può dimenticare che Richards stabilì, nelle sue classiche ricerche, una tecnica di chimica analitica ordinaria, e che operava quindi su forti quantità di materiale, il che lo esonerava dal tener conto di molti fatti, che viceversa in una micro-determinazione non possono non essere tenuti nel debito calcolo. Se così non fosse non si capirebbe perchè fosse necessario elaborare ad uso della chimica biologica speciali micrometodi, anzichè trasporta-

re in essa tal quali gli ordinari metodi della chimica analitica.

E questo posso ripetere anche per l'altro appunto che il prof. Condorelli mi fa, ossia di moltiplicare nella mia tecnica il numero delle reazioni anzichè di ridurle al minimo, come è canone della chimica analitica. Ma pure a tale via indiretta ogni giorno si ricorre in microchimica pur di giungere ad una reazione sufficientemente sensibile ed obbiettiva, tale da permettere con soddisfacente esattezza la determinazione di minime quantità di materiale. Esempi non ne mancano davvero, ma vorrei ricordarne uno solo, quello classico del dosaggio dell'azoto quale fu stabilito dal Bang, il padre della micro-chimica. Quest'Autore in presenza di acido solforico, non lo titolava semplicemente, come avrebbe potuto, con soda; ma aggiungeva ioduro e iodato per titolare poi con tiosolfato l'iodio messosi in libertà; tal quale come io, pur potendo titolare l'acido ossalico direttamente con permanganato, preferisco farlo agire sull'acido iodico per giungere infine ad una titolazione con tiosolfato.

Andava il Bang in cerca della preziosità o della novità? Non credo veramente si possa fare al grande biologo norvegese un simile appunto. Cercava una tecnica più sensibile. L'identico movente consigliò a me di sfruttare la reazione mutua tra acido jodico ed acido ossalico. La tecnica che ne conseguì consente una sensibilità di almeno tre volte superiore a quella usuale; dà, al contrario dei metodi al permanganato, un punto di viraggio nettissimo ed obbiettivo, e ci affranca infine da una lunga serie di cause di errore che questi metodi presentano e che ho altrove esposti. Non dunque il desiderio di singolarizzarmi, ma quella di affinare i nostri mezzi di ricerca mi hanno guidato nel consigliare una tecnica nuova.

Al prof. Condorelli una preghiera: anzichè criticare, in base a considerazioni puramente teoriche, il metodo da me esposto, lo provi: non dubito ne sarà soddisfatto.

* * *

Riepilogando e per tornare all'origine di questa polemichetta io non ho, del resto, mai fatta l'apologia del mio metodo (che tuttavia ritengo di gran lunga il migliore fino ad oggi descritto), nè ho mai detto che la tecnica del Condorelli non risponda allo scopo; solo, incidentalmente, rilevavo la stretta parentela intercorrente tra questo metodo e quello del De Waard. Parentela che fu negata nella sua prima nota dal Condorelli, ma che dalla nota odierna del Condorelli stesso, risulta evidente giacchè le differenze tra le due tecniche si riducono al ricorrere l'un Autore all'ammoniaca concentrata, l'Altro all'ammoniaca diluita.

Utile od inutile che sia questa modificazione (ho già espresso più su il mio pensiero al riguardo) i due metodi decorrono per il resto sostanzialmente eguali anche in molte minuzie tecniche, ma l'uno precede l'altro di oltre cinque anni e pur essendo tra i più universalmente noti ed usati non ebbe l'onore di una citazione.

Il che solamente volevo stabilire.

GUIDO MELLI.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Sull'esplorazione radiografica broncopolmonare col lipiodol.

(I. GUY e H. ELDER. *Edimburgh Med. Journ.*, maggio 1926).

Il lipiodol è una soluzione di iodio in olio vegetale, e contiene 40 % in peso di iodio. Ha color d'ambra, non ha sapore, ha un lieve, non sgradevole odore, ed una consistenza simile all'olio di oliva. È generalmente ben tollerato in forti dosi.

Abbandonate le altre vie di somministrazione, per l'esame radiografico del polmone si usa ora esclusivamente la via intercricotiroidea.

Occorre prima assicurarsi che il paziente non abbia intolleranza per lo iodio, e non presenti controindicazioni per lo stato generale e lo stato del laringe.

Taluno fa precedere, negli adulti, una iniezione di morfina di un centigrammo, ma non è necessaria.

La migliore posizione del paziente è il decubito supino, a testa estesa, con lieve rotazione verso il lato affetto: converrà poi dare al paziente la posizione opportuna perchè il lipiodol scoli verso la regione da esplorare. Si disinfetta il campo operatorio e si pratica l'anestesia locale con novocaina al 3 % della cute, e del tragitto dell'ago fino alla mucosa tracheale: si fa cadere a gocce in trachea, uno o due centimetri cubici di soluzione anestetizzante.

È bene scaldare prima lipiodol e siringa, sui 50 gradi, per rendere più fluido il liquido. Per l'iniezione è preferibile un ago piuttosto grosso: aver cura di non ledere la trachea dalla parte opposta. L'ago si infigge perpendicolarmente nella membrana cricotiroidea: il senso di ostacolo superato e l'aspirare aria nella siringa accerta dell'entrata in trachea: se l'anestesia fu buona, non vi è disturbo nè tosse da parte del paziente.

Nell'iniettare il liquido è bene rialzare un po' la siringa, per dare all'ago quanto più si può la direzione longitudinale. È inutile nel frattempo ogni inalazione di ossigeno.

Si iniettano lentamente 8-10 cmc. nei bambini tra 7 e 10 anni, e 30-40 cmc. negli adulti.

La radiografia, preceduta da radioscopia, si eseguisce pochi minuti dopo l'iniezione.

Complicazioni sono rare. In un caso emottisi, di origine tracheale, più spesso difficoltà di deglutizione, o dolore al collo, transitorii. Talora parte del lipiodol, specie nei bambini, va nel tessuto peritracheale. Ascessi del collo sono rari, anche in tale contingenza.

È descritto un caso di edema acuto della laringe, e un caso di flemmone gangrenoso del collo, inoltre qualche raro caso di iodismo grave.

Nel complesso però il metodo, con le debite precauzioni, è poco o niente pericoloso.

DORIA.

Diagnosi e trattamento delle bronchiectasie.

(E. SERGENT. *Paris Médical*, 26 nov. 1927).

La conoscenza delle dilatazioni bronchiali è entrata in una nuova fase da quando Sicard e Forestier hanno introdotto il nuovo metodo di esplorazione con il lipiodol.

La diagnosi positiva di questo stato patologico si basa su due ordini di rilievi, clinici e radiologici.

Esame clinico. — L'interrogatorio permette di ricostituire gli antecedenti che precisano l'origine e l'inizio della malattia, mettendo in evidenza la successione degli episodi acuti o subacuti che ne scandiscono e ne caratterizzano l'evoluzione. Si rileva che il catarro bronchiale da cui è affetto il malato risale ad una data più o meno lontana, talora all'infanzia e costituisce il reliquato di una affezione broncopolmonare acuta che si è trascinata a lungo, lasciando il malato tossicoloso e facile ad avere bronchiti a ripetizione. Queste si sono gradatamente trasformate in attacchi broncopolmonari con febbre più o meno elevata, durante i quali l'espettorato è venuto aumentando di quantità e prendendo i caratteri di purulento e fetido.

Lo stato generale si mantiene buono a lungo, la temperatura è normale, salvo durante gli episodi acuti. I sintomi funzionali sono più o meno accentuati. Il più importante e caratteristico è l'espettorazione purulenta, fetida ed abbondante (fino a 500-600 cmc. nelle 24 ore); essa si fa in 2-3 volte, con violenti accessi di tosse, che risvegliano l'idea di una vomica. Può però talora mancare la fetidità, che si ha particolarmente nelle bronchiectasie sacciformi che si svuotano male e costituiscono un ambiente favorevole per lo sviluppo dei germi; manca invece in quelle ampollari e cilindriche.

La dispnea non è un segno di bronchiectasia, ma rivela il progresso della sclerosi polmonare e dell'enfisema e costituisce il preludio dello stato asistolico.

Assai variabili sono i segni fisici. Si ha talora una sindrome cavitaria, altre volte invece dei segni dovuti a lesioni associate od a complicazioni. Caratteristica è la variabilità a seconda che l'esame è praticato prima o dopo l'evacuazione del pus. Frequente è poi la deformazione toracica, con l'abbassamento e la retrazione dell'emitorace interessato, a cui si aggiungono la deformazione ippocratica delle dita o l'osteo-artropatia ipertrofizzante pneumica.

Questo andamento classico non si ha però in tutti i casi ed è allora che può venire in soccorso l'esame radiologico. Raramente questo, se è fatto senza il lipiodol, è dimostrativo. Si ha di solito una immagine banale di sclerosi polmonare, con sinfisi pleurica e deformazioni toraciche, mediastiniche e diaframmatiche; delle zone chiare, vaghe, che possono anche essere bolle di enfisema. Eccezionalmente una figura idro-aerea, che può più che altro indicare la presenza di una raccolta incistata.

L'iniezione intratracheale di lipiodol realizza invece, in certo modo, una vera autopsia sul vivente e permette il più delle volte la diagnosi differenziale con la bronchite cronica banale con enfisema e sclerosi peribronchiale, con certe forme di sifilide polmonare e tubercolosi, con ascessi peribronchiali, le pleuriti incistate, le cisti suppurate, la gangrena polmonare.

L'esplorazione radiologica col lipiodol va però eseguita con tecnica perfetta ed interpetrata a dovere, poichè altrimenti se ne possono trarre delle conclusioni errate.

Le figure caratteristiche possono presentarsi in diversi aspetti che corrispondono al tipo sacciforme, a quello ampollare ed a quello moniliforme. Si sono paragonate a dita di guanto, a banane, a grappoli di glicine o, quando sono più piccole, a grappolo d'uva, a corona di rosario, a pallini di piombo. Sono queste le figure caratteristiche, che permettono la diagnosi di bronchiectasia e non si trovano in altre forme, salvo forse in qualche caso di ascesso peribronchiale.

Discutibili sono invece altre figure, che non si trovano esclusivamente nella bronchiectasia; in questa, rivelano per lo più i tipi cilindrico e moniliforme. Si possono distinguere tre varietà di tali figure: 1) a nidi di piccione. Si hanno soltanto quando la radiografia è presa in posizione eretta; si vedono allora come delle piccole culatte,

più o meno profonde, con livello superiore perfettamente orizzontale. Hanno un certo valore se si trovano in gran numero in un territorio circoscritto, ma non sono da ritenersi patognomoniche se non sono accompagnate da qualche forma tipica (chicchi d'uva, grani di rosario), chè altrimenti possono essere dovute ad altre condizioni. 2) A bacinella. Tali forme non sono che l'esagerazione delle figure a nidi di piccione e dànno talvolta l'impressione di figure idro-aeree. Nè le une, nè le altre, però, se possono indicare delle bronchiectasie, non implicano necessariamente questa diagnosi, poichè possono osservarsi anche in certe sclerosi polmonari, senza bronchiectasie vere. 3) Le figure cilindriche sono ancora più discutibili. Perchè esse possano indicare delle bronchiectasie, è necessario che i bronchi disegnati dal lipiodol siano nettamente più larghi che quelli normali e vi si aggiungano delle figure moniliformi od ampollari. Non bisogna poi dimenticare che, quando i bronchi riempiti col lipiodol si trovano alla parte posteriore ed inferiore del polmone e si appoggia la pellicola sulla parte anteriore del torace, tali bronchi si proiettano come ombre allargate; una seconda radiografia, fatta poggiando la pellicola sul dorso li dimostra di calibro normale.

Si possono poi avere errori di interpetrazione. Talvolta la bronchiectasia, riconosciuta o sospettata clinicamente, non appare perchè il lipiodol non l'ha riempita; la quantità di esso che si può introdurre senza pericolo nell'albero respiratorio è di circa 40 cmc. del tutto insufficiente per riempire l'albero bronchiale, che può contenere 5-6 litri. Il lipiodol può non essere penetrato fino alla bronchiectasia, sia per la non giusta posizione data al malato, sia per qualche ostacolo che si frappone. È allora necessario ripetere la radiografia. Un altro errore consiste nel prendere per bronchiectasie delle figure bronchiali anormali.

L'esplorazione col lipiodol ha il vantaggio di far differenziare le vomiche vere da quelle false delle bronchiectasie; nel primo caso, di fatto (pleuriti interlobari, ascessi polmonari) il lipiodol non penetra mai nella cavità. Anche la diagnosi eziologica della bronchiectasia viene chiarita con questo modo di esplorazione. I tipi cilindrici e moniliformi derivano da lesioni che si trovano primitivamente sulla mucosa e si diffondono secondariamente all'armatura bronchiale. Sono le forme che si osservano dopo il morbillo o la pertosse dell'infanzia, nelle rino-bronchiti croniche a ripetizione, in certe forme di sifilide bronco-polmonare terziaria e di tubercolosi fibrosa.

Il tipo ampollare, nelle varietà aneurismatiche o sacciformi si trova nelle forme derivanti da una bronco-polmonite cronica, che altera profondamente l'armatura bronchiale e finisce con lo sfondarla. Ha per origine tutte le cause di bronco-polmonite cronica: nel bambino l'eredo-sifilide, nell'adulto la sifilide o la tubercolosi oppure qualsiasi altra causa di bronco-polmonite cronica.

La radiodiagnosi col lipiodol ci conduce inoltre a rivedere la patogenesi della dilatazione dei bronchi ed a riconoscere che le antiche teorie, specialmente quella di Corrigan e di Rokitansky (che attribuivano la bronchiectasia alla retrazione del tessuto scleroso polmonare) meritano di essere richiamate in onore. Più spesso di quanto non si riteneva dapprima, si vede che la bronchiectasia fa seguito a pneumopatie acute e subacute e ciò, oltre che nel bambino, anche nell'adulto.

Trattamento. — Scarsi o nulli risultati dà la batterioterapia. Il trattamento antisifilitico nelle forme luetiche può essere utile alla condizione che si intervenga abbastanza precocemente, ciò che non accade spesso. Il trattamento medico non può essere che palliativo e sintomatico, tentando di modificare l'espettorazione, a renderla meno abbondante, meno fetida ed a prevenire le complicazioni ed infezioni secondarie. Sono consigliati i balsamici, di preferenza per iniezioni endotracheali ed anche le cure termali. Fra i metodi cervellotici proposti è da citarsi quello di sopprimere o ridurre al minimo le bevande, con la speranza di far disseccare le secrezioni bronchiali.

In mani sperimentate, sembra molto utile la broncoscopia, che può penetrare fino alle ramificazioni bronchiali di secondo e terzo ordine, facendo la svuotatura e la lavatura delle cavità bronchiectasiche.

Il *trattamento chirurgico* comprende diversi metodi.

1) Il pneumotorace artificiale ha permesso di ottenere delle buone guarigioni; ha però indicazioni ristrette, in quanto che raramente si potranno trovare le condizioni necessarie della mancanza di aderenze pleuriche.

2) La compressione extrapleurica, dopo scollamento pleuroparietale può essere indicata quando le lesioni sono poco estese. Essa si riduce ad una toracoplastica estrapleurica parziale; anche quella totale può dare soltanto dei miglioramenti, ma non delle guarigioni.

3) La pneumotomia va considerata soltanto come un intervento d'urgenza, in caso di accidenti gravi ed immediati; presenta anche non lievi pericoli.

4) La lobectomia è stata preconizzata nelle lesioni limitate ad un solo lobo. È pericolosa e di tecnica difficile nelle lesioni del lobo superiore; per quelle del lobo inferiore, può essere di esecuzione più agevole e dare delle guarigioni; ha una mortalità operatoria del 40-50 %. Va praticata in due tempi, a pleura chiusa e non

può essere tentata che in individui giovani con ottimo stato generale.

5) La cauterizzazione ignea (vantaggiosamente sostituita dall'elettrocoagulazione) ha dato a Graham buoni risultati (1 solo caso di morte per embolismo gassoso in 11 operati. Questa distruzione locale del focolaio è probabilmente la vera chirurgia dell'apparato polmonare ed è probabilmente destinata ad un avvenire.

6) La frenicectomia trova la sua indicazione essenziale quando esistono dei segni di sclerosi retrattile e si presenta come un intervento di scelta nella bronchiectasia. Si deve però tener presente che la sua efficacia e la sua benignità non sono costanti; è necessario che la localizzazione sia basale e che l'emidiaframma sia libero, ciò che non accade frequentemente. Si tenga inoltre presente che gli effetti curativi sono tardivi, talora dopo settimane e mesi e che si possono avere delle non lievi complicazioni: emottisi, fasi di ritenzione, rottura di cavità nella pleura. Ad ogni modo, la frenicectomia può talora dare delle vere guarigioni e preparare eventualmente un ulteriore intervento; immobilizzando funzionalmente il polmone, essa potrà favorire il risultato di una compressione extrapleurica o di una toracoplastica totale, od anche la distruzione delle bronchiectasie mediante il termocauteurio o l'elettrocoagulazione.

FILIPPINI.

Operazione di Trendelenburg per embolia della polmonare seguita da successo.

(MEYER. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, vol. 205, pag. 1, 1927).

Già Trendelenburg aveva potuto dimostrare che l'intervento da lui proposto poteva essere seguito da successo. Infatti un paziente sopravvisse 37 ore all'embolectomia e morì per emorragia della arteria mammaria. Il secondo caso di sopravvivenza è di Krüger, dopo 5 giorni e mezzo il malato moriva di setticemia.

Fino ad oggi il primo e unico successo completo era stato di Kirschner che nel 1924, al Congresso tedesco di Chirurgia, presentava una paziente di 38 anni operata per embolia della polmonare avvenuta 3 giorni dopo una operazione di ernia. Meyev ha avuto occasione di praticare due volte questo intervento con due successi. Premette che per il buon esito dell'intervento sono necessarie alcune condizioni: una accurata preparazione del chirurgo sul cadavere (ha eseguito i tempi principali in sette minuti e in tutto l'intervento non ne ha impiegato dieci), l'evitare l'apertura della pleura, l'uso della pinza per la polmonare di Trendelenburg modificata in modo da restringere poco il lume dell'arteria durante la sutura, l'evitare di chiudere i grossi vasi per il tempo di 45'' giudicato come limite ultimo da Trendelenburg. La pinza è stata resa più sottile e più curva, la sonda di Trendelenburg più leggera e più piccola.

L'intervento è stato così eseguito. Operatore a destra. Incisione verticale sulla margino-sternale dalla 1ª alla 3ª cartilagine costale, incisione perpendicolare a questa nel 2º spazio intercostale per 10-15 cm. Preparazione dei lembi. Resezione sotto periostea della 2ª e 3ª costola per 12 cm. Si pinzetta l'arteria mammaria in alto e in basso, così le due intercostali. A cominciare dall'angolo inferiore interno si distacca verso l'esterno il seno pleurico e si apre il pericardio. Introduzione della sonda dietro i grossi vasi e sua estrazione munita all'estremo di un tubo di gomma che serve alla chiusura temporanea dei grossi vasi. Apertura longitudinale della polmonare facendo uscire sangue e coaguli dal cuore destro. Trazione sul tubo di gomma e introduzione nel ramo D di una pinza lunga e sottile ed estrazione ripetuta dei coaguli fino a sentire libero lo sperone di divisione dell'arteria. Avvicinati i margini si allenta il tubo di gomma in modo che il sangue passi per il ramo ora pervio. Poi ripetizione della manovra a sinistra. Applicazione della pinza per la polmonare rivestita di garza e sutura a punti staccati dell'arteria mentre il lume resta sufficentemente beante. Sutura del pericardio, emostasi, chiusura della parete.

La 1ª malata, di 54 anni sta bene dopo 8 mesi dall'intervento. L'embolectomia avvenuta al VI giorno di un'operazione di colporrafia. Dopo l'embolectomia ha superato una bronco polmonite postoperativa. La 2ª malata, di 60 anni aveva avuto una tromboflebite della femorale D 10 giorni dopo una appendicectomia, in 24ª giornata sopravvenne l'embolia della polmonare. Guarì anche questa di polmonite post-operatoria. Il 25º giorno dopo la embolectomia morte improvvisa per una 2ª embolia. L'autopsia dimostrò guarigione ideale della ferita della polmonare. L'embolo era partito dalla femorale trombizzata.

VALDONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

V. CHRISTIANSEN. *Les Tumeurs du cerveau.* Masson ed., Paris.

In poco tempo il libro di Christiansen sui tumori del cervello ha raggiunto la seconda edizione francese. La sua diffusione tra i cultori di neuropatologia, e forse più tra i medici, è certo dovuta al valore intrinseco del libro: ogni nozione è frutto di esperienza, ogni consiglio frutto di maturato e diligente esame di un materiale se non ricchissimo certo ben studiato; la valorizzazione di ogni sintoma frutto di una esperienza consumata, che dagli errori e dai successi ha saputo trarre una linea direttiva razionale; ma il successo del libro va in non piccola parte addebitato all'arte di esporre dell'A., alla capacità didattica che tiene desta l'attenzione e guida nell'arte difficile della diagnostica dei tumori cerebrali con mano sapiente e sicura. In queste lezioni di clinica, e di sana clinica, Christiansen usa della patologia per quanto è strettamente necessario, volge la semeiotica come il mezzo duttile alla diagnosi, perchè maneggiata con un senso critico e con un buon senso. che così spesso fa difetto anche in mentalità colte e profonde nella materia.

Io ammiro specialmente l'A. nella fine intuizione del filo conduttore della diagnosi, nella brevità degli esami che sanno ricondurre il lettore alla concezione diagnostica elementare o complessa, nella scarsa considerazione di ciò che è sottile, nella valorizzazione invece di ciò che è essenziale. Non si distacca la neuropatologia in questo dalle norme di sana clinica generale; il senso clinico, l'occhio clinico è dato dalla esatta misura di ciò che è essenziale, mentre la guida del rilievo sottile, se può giovare a chi vuol mostrare di sapere, è infida guida, causa di errori e di frequenti errori.

L'A. possiede ed ama la sua materia: non tanto nella parte speciale si comprende tutto l'amore. quanto in quel meraviglioso capitolo nel quale tratta delle diagnosi incerte. Egli in esso affronta anche la diagnosi delle sindromi encefalitiche e le chiama giustamente le perturbatrici della neurologia clinica della nostra epoca, che i poteri divini, gelosi della nostra sapienza, ci hanno inviato per mettere a prova le nostre forze!

Chi legge il libro di Christiansen non si aspetti di trovare un libro sistematico dal quale si possa apprendere la neuropatologia: questa deve essere nota al lettore, il libro è libro di clinica non di patologia. La figura dell'A. e del suo collaboratore Pr. Scaldemose diverranno due persone amiche, alle quali il lettore ricorrerà spesso e con fede quando un problema lo agiterà riguardante i tumori del cervello, o quando, negli intervalli di lavoro, egli cercherà una mente amica con cui ragionare e godere assieme.

T. PONTANO.

A. HOVELACQUE. *Anatomie des nerfs craniens et rachidiens et du système grand sympathique.* Ed. Doin. Paris, 1927. Fr. 284.

L'opera consta di due volumi di complessive 873 pagine.

Il primo capitolo tratta delle generalità sui nervi encefalici e spinali (sviluppo, classificazione, struttura, ecc.) e sul sistema simpatico.

Nel secondo capitolo sono descritti i nervi cranici e nel terzo i nervi spinali.

Il quarto ed ultimo capitolo si occupa diffusamente dell'anatomia del simpatico.

L'intero lavoro è di indole anatomica pura, quindi difficilmente vi si trovano richiami di fisiopatologia nervosa.

Tuttavia l'A., nell'esposizione necessariamente arida, è riuscito a conservare una forma facile e piana.

Tutte le questioni che si riferiscono particolarmente all'anatomia del simpatico cefalico e spinale sono perfettamente aggiornate e nella ricchissima bibliografia che è in fine all'opera trovano posto tutti i più recenti lavori sull'argomento.

Perfetta è la veste tipografica, nel testo sono intercalate 89 figure e 121 tavole in gran parte belle ed originali.

ALFREDO PARLAVECCHIO.

KURTZAHN. *Chirurgische Röntgenologie.* Ed. Urban e Schwarzenberg, Berlino. Mk. 10.20.

Il fatto di veder apparire libri di radiologia chirurgica, indica che esiste già una tendenza, nella radiologia, alla specializzazione almeno in rapporto alle due grandi branche della medicina. E realmente i progressi della tecnica chirurgica richiedono e portano a perfezione sempre più i mezzi di indagine radiologica; basta pensare a quanto è stato acquisito nell'ultimo decennio in radiologia delle vie orinarie e delle vie biliari e alla larga introduzione dei mezzi di contrasto che trovano l'indicazione più frequente nelle malattie chirurgiche.

Il Kurtzahn si occupa appunto di questa parte della tecnica della diagnosi radiologica con una esposizione chiara e precisa, documentata da belle

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

figure che aiutano assai il lettore nell'acquisire le cognizioni che ricerca. La seconda parte del volume tratta per esteso sia la radio- che la radium-terapia di molte affezioni chirurgiche.

VALDONI.

R. ZIMMERMANN. *Die Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter*. Ed. G. Thieme, Lipsia, 1927.

Le gravidanze extrauterine danno luogo a svariati quadri clinici per le diverse loro possibilità di sviluppo. Talora si presentano come difficili problemi diagnostici, mentre si tratta di evenienze frequenti, anzi in costante aumento di frequenza secondo l'A.

Nella pubblicazione dello Zimmermann è esposta con molto ordine e chiarezza la patologia delle diverse gravidanze extrauterine e la diagnosi differenziale colle annessiti, appendiciti, tumori ovarici torti sul peduncolo, l'ileo, l'echinococco.

MANFREDO ASCOLI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche.

Seduta del 20 gennaio 1928

Presidenza: Prof. C. A. BRUNI, Vice-presidente.

Su di un caso di cancro da catrame nell'uomo.

Dott. LAZZARINI LANFRANCO. — L'O. comunica un caso (il secondo osservato in Italia) di epitelioma cutaneo del dorso della mano, in un operaio che da oltre 30 anni lavorava alla distillazione del carbon fossile. L'epitelioma si era sviluppato su una dermite datante da molti anni, in seguito ad una ferita con un chiodo arrugginito. L'O. pone in rilievo alcuni dati che possono ravvicinarlo a quanto si osserva nel ca. da catrame sperimentale, e cioè: *a*) il lungo periodo di durata dello stimolo; *b*) la localizzazione in seguito a ferita su di una dermite; *c*) l'età dell'operaio; *d*) la reazione linfocitaria e mastocitaria del connettivo del derma allo stimolo catrame; *e*) alcuni caratteri macroscopici ed istologici del neoplasma.

Ulteriore contributo alla conoscenza della tubercolosi della ghiandola tiroide.

Prof. FRASSI LUIGI. — La tubercolosi della tiroide, negata per molti anni, ed in seguito conosciuta per il reperto di autopsie di soggetti morti per forme miliari acute, è oggi clinicamente nota, quantunque la forma debba ritenersi estremamente rara. Si deve distinguere una sclerosi tiroidea dei tubercolotici (cirrosi atrofica od ipertrofica della tiroide) con assenza del bacillo di Koch nel tessuto ghiandolare, dalla tiroidite tbc. con presenza di germi nella ghiandola, formazione di tubercoli e loro evoluzione.

L'O. presenta 3 casi di tubercolosi della tiroide pei quali la diagnosi fu possibile solo per le ricerche istologiche eseguite sui tessuti operativamente estirpati (ipertrofia connettivale, infiltrazione parvicellulare, presenza di cellule giganti, dimostrazione del bac. di Koch).

La sintomatologia fu diversissima per ogni caso; nel primo la forma era associata a Flaiani tipico ed il processo presumibilmente diffuso al polmone, come lo dimostrò il reperto necroscopico della esistenza di aderenze pleuriche e di ghiandole peribronchiali con punti caseificati.

Nel secondo la forma simulava un processo di tiroidite con suppurazione e presenza di pus caseoso. Nel terzo caso la ghiandola era aderentissima ed era stata posta la diagnosi di tumore maligno.

La tbc. della tiroide difficilmente può diagnosticarsi prima dell'operazione, può però venir sospettata quando si abbia il rilievo di lesioni specifiche in altri organi. La sintomatologia può essere assolutamente negativa ed il processo colpire la ghiandola normale e quella malata per forme degenerative o maligne. Possono verificarsi tutti i disturbi locali o generali che accompagnano le comuni lesioni della tiroide, come pure la febbre ed il deperimento. La prognosi deve essere riservata, la cura operativa.

Un caso di cancro dell'esofago con distruzione dei corpi vertebrali.

Dott. GIACOMO FILIPPINI. — L'O. riferisce su di un caso di cancro dell'esofago insorto subdolamente e che non aveva provocato disturbi disfagici. L'ammalata, accolta in reparto con sintomi iniziali di paraparesi, andò rapidamente peggiorando tanto da morire pochi giorni dopo.

L'autopsia rivelò la presenza di un cancro dell'esofago con infiltrazione ed usura della IX e X vertebra e compressione del midollo. Al disotto della massa neoplastica il midollo per un tratto di 4-5 cm. appariva edematoso circa il doppio del normale; rare le metastasi alle ghiandole dell'ilo epatico. L'esame istologico dimostrava trattarsi di un cancro dell'esofago a epitelio piatto, degenerazione del midollo da compressione.

L'O., ricordando i casi citati nella letteratura, di cancri dell'esofago con invasione dei corpi vertebrali e compressione del midollo, accenna alla rarità dell'invasione vertebrali che, dalla disposizione topografica dell'esofago rispetto alla colonna vertebrale, dovrebbero comparire con maggior frequenza nei tumori specialmente del terzo superiore e medio dell'esofago.

Il Segretario: ENRICO ETTORRE.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Le lesioni infiammatorie del diaframma e la sindrome diaframmatica.

M. Vikker (*Vracebnoie dielo e Presse médicale*, 12 febbraio 1927) propone di portare una maggiore precisione alla così detta diaframmite. Trattasi di una lesione che sfugge spesso alla diagnosi, ma che può essere riconosciuta se si pone attenzione ad un insieme di segni. Si deve soprattutto evitare di confondere la lesione infiammatoria diaframmatica con la peritonite e di sottoporre il malato ad un inutile intervento.

Il cambiamento della situazione, che è drammatica al suo inizio, sembra caratteristico per questa affezione che, per parecchi giorni si sviluppa senza sintomi marcati. La muscolatura addominale rimane per lungo tempo in uno stato di contrattura, ma i dolori, spontanei o provocati alla palpazione, scompaiono rapidamente. Il polho non desta nessuna inquietudine e non si accorda con la diagnosi di peritonite a cui si potrebbe pensare in causa della « difesa » muscolare e dei vomiti.

La diagnosi può farsi con la radioscopia. Il diaframma è limitato, se non completamente impedito nei suoi movimenti; secondo la lesione, i fenomeni sono uni- o bilaterali. Talvolta l'infiammazione si propaga da un lato all'altro; pochi giorni dopo la scomparsa dei sintomi acuti da un lato, quell'altro può diventare la sede di un intenso processo infiammatorio.

La percussione permette in alcuni casi di svelare una zona di ottusità, in ragione della posizione elevata occupata dalla parte affetta del diaframma, che è in stato di paresi; si pensa allora ad una raccolta di liquido pleurico.

L'infiammazione del diaframma è solo eccezionalmente primitiva, ma appare, il più spesso, in seguito ad altra affezione. In generale, ci si trova in presenza di una localizzazione sopradiaframmatica della malattia principale, che finisce per propagarsi sulla superficie superiore del diaframma.

fil.

La sindrome di Baumgarten.

Su tale sindrome ne riferisce A. Montanari (*Riv. Clinica Medica*, n. 6, 1927).

Essa consiste nella persistenza congenita della vena ombelicale, a cui si accompagna una sintomatologia addominale.

Dai casi riferiti in letteratura, la sindrome di Baumgarten presenta i seguenti caratteri: è una affezione congenita, sulla quale certamente debbono influire fattori tossinfettivi, per poterla mettere in evidenza.

Anatomo-patologicamente si ha una persistente pervietà della vena ombelicale, la quale da un lato comunica con la venaporta, e dall'altro con le vene epigastriche e sottocutanee addominali, mentre il dotto di Aranzio resta obliterato.

Il fegato si presenta nella maggior parte dei casi impiccolito; sòlo il Bastai l'ha trovato in un caso ingrandito, in un altro normale; esso presenta un ispessimento della capsula a tipo fibroso, ed un aumento del tessuto di sostegno; il tessuto epatico è atrofizzato, simile talora a quello della cirrosi atrofica. Il parenchima è raccolto intorno ai vasi biliari, al portale ed all'epatico, in piccole zone; il sistema venoso sopraepatico non è evidente.

Da questi reperti si può concludere che la sindrome di Baumgarten si presenta come un'anomalia congenita, a cui segue una degenerazione atrofica del fegato; delle cause esterne provocano la sintomatologia che è latente, fino a che il fegato può opporre una difesa a tali fattori.

I sintomi subbiettivi sono: senso di peso all'epigastrio, inappetenza, vomito, nausee; obbiettivamente si ha dilatazione delle vene periombelicali, splenomegalia, fegato piccolo. Vi può essere epistassi, melena, ematemesi; l'ascite che si stabilisce è a tipo transudato; vi può essere subittero, urobilinuria, leggero edema degli arti inferiori, modica febbre.

La diagnosi differenziale va fatta con la splenomegalia tromboflebitica, la cirrosi atrofica e il morbo di Banti.

Cura medica con diuretici, paracentesi, riposo a letto.

CARUSI.

Sulla trasposizione completa dei visceri.

Con l'esame radiologico (L. Lewald, *Journal A. M. A.*, 24 gennaio 1925) la presenza del *situs viscerum inversus* si scopre più spesso che non si faceva prima col solo esame clinico, e cioè in un caso circa su 1400. La trasposizione congenita del solo cuore è evenienza rarissima.

Considerando il reperto che si ha nei mostri doppi, nei quali uno dei due individui ha un *situs viscerum inversus*, l'A. pensa che ogni trasposizione completa dei visceri dimostra che si è in presenza di un antico mostro doppio di cui la metà, per così dire, normale si è riassorbita: però contrasta con questa idea il non trovare mai residuo della parte scomparsa (cisti dermoidi, ecc.).

DORIA.

TERAPIA.

Le iniezioni vaginali.

Le iniezioni ipertermiche sono utili, ma non debbono essere prolungate. Alla temperatura di 50° esse riescono bene nei casi di metrite parenchimatosa con grosso utero congesto o di metrorragie con utero sclero-fibroso, oppure nella metro-annessite. Esse hanno però un inconveniente che, alla lunga, esercita un'azione flussionaria costante sulle mucose, esagerano la secrezione vaginale, fanno desquamare l'epitelio ed aumentano l'iperemia. Basta riportare la temperatura a 40° per far cessare tutti questi disturbi.

Anche le iniezioni molto abbondanti (Forgue, *Journ. des praticiens*, 29 ott. 1927) sono talora utili, talora superflue. Utili nei casi di metrite emorragica o complicati con annessite; superflue nelle metriti croniche in cui è inutile tanto liquido per liberare dal muco il muso di tinca o la vagina.

Si aggiunga l'abuso degli antisettici che irritano le mucose ed attivano le secrezioni. Per detergere i cul di sacco vaginali, non vi è nulla di meglio degli alcalini. Per disinfettare il fondo vaginale, favorire l'epitelializzazione, vanno bene il solfato di rame e l'acido picrico.

Il recipiente sarà collocato all'altezza di 60 centimetri dal piano del letto; si inietteranno circa due litri alla temperatura di 40°-45°. Ad iniezione finita, deprimere la forchetta per evacuare completamente la vagina. La malata rimarrà sul letto per un'ora.

L'A. usa la seguente soluzione: solfato di zinco g. 15; solfato di rame g. 12; acido picrico g. 6; canfora di Borneo g. 2; acqua distillata 1 litro. Se ne mette un bicchiere in due litri di acqua bollita, facendo irrigazioni al mattino.

La sera si fa un'altra iniezione con due cucchiai della polvere seguente sciolti in due litri di acqua bollita. Bicarbonato di sodio g. 150; borato di sodio g. 100; clorato di sodio g. 50; benzoato di sodio g. 25.

Nelle forme leucorroiche, aggiungere 30 g. di allume; nella metrite dolorosa, 10 g. di antipirina.

Si faranno inoltre frequenti lassativi, si cureranno i disturbi dispeptici e si consiglierà un trattamento idro-minerale. *fil.*

Il trattamento dell'eclampsia.

Se l'etiologia dell'eclampsia è ancora oscura, la sua cura e la profilassi han fatto grandi passi.

Lopez Doriga (*Arch. Med. Chir. y Esp.*, n. 23, 1927) dopo aver ricordato le ricerche e il trattamento dei primi segni — albumina nelle urine, pressione arteriosa, regime latteo puro o latteo-vegetariano declorurato — passa a trattare dell'attacco già iniziato.

In altri tempi il salasso ebbe un largo uso; con buon successo fu usato il luminal per iniezioni ipodermiche e per via rettale. Dal 1916 Fischer suggerì le iniezioni endovenose di solfato di magnesio, le quali agiscono sul sistema nervoso, attenuandone l'irritabilità. Se ne iniettano 20 cmc. al 10 % ogni ora, fino al cessare delle convulsioni. Contemporaneamente si può iniettare una piccola quantità di cloruro di calcio, specifico di questa insufficienza respiratoria.

Secondo l'A. in un'eclamptica bisogna istituire il seguente trattamento: dopo misurata la pressione, fare un salasso di 250-300 cmc. da ripetersi se la pressione supera i 150 mm. di mercurio; lavanda gastrica, e con la stessa sonda somministrazione di limonata citrica; morfina e cloralio: dopo un'ora dall'iniezione di ctgr. 1.5 di morfina dare per via rettale 2 gr. di idrato di cloralio, dopo 3 ore altra iniezione di morfina e dopo 7, 13, 21 ore altre dosi di cloralio, sempre per via rettale.

Se tali mezzi non riescono a far cessare le convulsioni, si penserà ad espletare il parto con una cesarea vaginale nelle multipare, con cesarea addominale nelle pluripare. Tale mezzo deve considerarsi come l'ultimo, perchè le eclamptiche per lo stato d'intossicazione mal sopportano un intervento chirurgico. CARUSI.

Gravità dell'aborto e pericoli del raschiamento nei fibromi uterini.

L'aborto, in utero fibromatoso, osserva R. Leibovici (*Presse méd.*, 14 maggio 1927), è assai frequente, e assai frequenti sono pure le complicanze abituali dell'aborto: emorragia e infezione. Ciò dipende dal travaglio prolungato, dal difetto di contrattilità dell'utero, dalla facile ritenzione della placenta, dall'ostacolo al raschiamento posto dal fibroma.

La gravidanza produce un aumento e rammollimento del fibroma; l'aborto ne può produrre la necrosi: il curettaggio su di un fibroma necrotico ne produce facilmente l'infezione, specie in presenza di residui placentari infetti, e tale evenienza è di estrema gravità.

L'A. consiglia questa linea di condotta:

all'inizio di un aborto, temporeggiare, e far trasportare la paziente in una clinica;

in presenza di emorragie gravi per l'intensità o la durata, è operazione di scelta l'isterectomia, specie in donne anziane: è operazione necessaria se dopo un curettaggio l'emorragia persiste o cresce;

in presenza di una infezione uterina, senza attardarsi a discutere se v'è o no gangrena del fibroma, conviene fare un'isterectomia addominale totale. DORIA.

Sugli stimolanti dell'utero.

La pituitrina vale a rinforzare le contrazioni iniziate, ma deve essere esattamente dosata con metodi fisiologici, e se ne deve usare la quantità strettamente sufficiente.

L'ergotamina fa entrare il muscolo uterino in contrazione spastica, e, come è noto, non si deve dare finchè l'utero non è vuoto: essa non è presente nell'estratto acquoso di segale cornuta, che perciò non si deve usare.

(*Lancet*, 10 sett. 1927).

DORIA.

Formulario.

Contro le ragadi dei seni.

Fare uso del paracapezzolo, e nell'intervallo delle poppate, spalmare il capezzolo con la pomata:

Tannino	gr. *tre*
Ossido di zinco	» *tre*
Glicerolato d'amido	» *trenta*
Estratto tebaico	ctg. *dieci*

Nella leucorrea.

Clorato di potassio	gr. *cinquanta*
Tintura d'oppio	» *trenta*
Acqua di catrame	1 litro

1/2 bicchiere in 1 litro d'acqua; 2 lavande vaginali al giorno.

Nei dolori dopo operazioni addominali.

Lorin (*La Présse Medicale*, n. 33, 1927) consiglia nei casi in cui l'uso di calmanti per via rettale non ha dato risultati, e quando non vi sia nausea, la seguente pozione:

Pr: Idrato di cloralio gr. 3; Bromuro di sodio gr. 4; Sciroppo di codeina gr. 60; Acqua di tiglio gr. 80.

S. un cucchiaio da dessert ogni mezz'ora fino ad effetto calmante.

L. TONELLI.

SEMEIOTICA.

I riflessi di proiezione viscerale e la sintomatologia della ghiandola tiroidea.

Negli stati ipertiroidei, osserva G. Marañon (*Rassegna internaz. di clinica e terapia*, novembre 1927), oltre i sintomi tumorali e generali, vi sono dei sintomi locali che appaiono sulla cute della regione tiroidea e che possono essere designati col nome di « sintomi di proiezione tiroidea ». Essi sono tre: il sintoma di Lian consiste in un aumento della sensibilità dolorifica sulla cute della regione tiroidea; esso permette di delimitare il volume della tiroide; il segno di Marañon da lui descritto col nome di « macchia rossa tiroidea », consiste nella comparsa di una macchia rossa sulla pelle della regione anteriore del collo, quando la si strofina con le dita; vi è poi il riflesso regionale vegetativo di Serejski che si può provocare mediante l'iniezione di 1/2-1 ctgr. di pilocarpina: in caso di positività la regione anteriore del collo si arrossa e si copre di sudore.

Questi segni sono stati ricercati dall'A. in quattordici infermi tiroidei. Dalla sua indagine egli conclude che: nessuno dei tre sintomi è costante; il più frequente è quello della macchia rossa; nessuno di essi è specifico di alcuna delle forme cliniche di ipertiroidismo con l'intensità delle quali non stanno in alcun rapporto.

VICENTINI.

Il riflesso cremasterico.

Una lesione delle vie piramidali nell'uomo determina una modificazione nei riflessi cutanei: l'addominale e il cremasterico. Di questi l'addominale scompare o diminuisce abbastanza regolarmente dal lato affetto, ma il cremasterico può solo essere debolmente diminuito o anche mantenersi normale. Perchè?

Aronovitch (*Journ. New. and Mental Diseases*, 1927, pag. 250) ha studiato questo argomento venendo alle seguenti conclusioni. Il riflesso addominale è assente negli animali, nei neonati ed appare solo nella seconda metà del primo anno. È legato all'acquisizione della stazione eretta. Il riflesso cremasterico è presente in alcuni mammiferi e si trova nei neonati. In origine esso deve essere un riflesso più precoce e più vecchio di quello addominale, e deve avere una più alta antichità onto- e filogenetica. La ragione allora della perdita del riflesso addominale nelle lesioni piramidali, senza quella del cremasterico, è probabilmente data dal fatto che noi smarriamo nelle malattie tanto più facilmente alcune reazioni e riflessi quanto più recentemente li abbiamo acquisiti.

L. TONELLI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. N. 3468:

Per la disposizione dell'art. 3 del R. D. Legge 25 novembre 1926, n. 2164, la preparazione degli autovaccini può farsi solo in Laboratori che abbiano ottenuto l'autorizzazione del Ministero dell'Interno e previa ispezione tecnica a spese dell'interessato.

Tale disposizione tassativa non ammette eccezioni.

g. s.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA. — Due condotte; scad. 20 mar.; v. fasc. 9.

ANCONA. *Amministraz. Provinciale.* — Quattro posti nel Laborat. provinc. d'igiene e profilassi; scad. 31 mar.; v. fasc. 7.

BANZI (*Matera*). — A tutto 5 apr.; L. 7000 oltre L. 500 se uff. san., L. 500 servizio necroscopico del Cimitero, 6 quadrienni di 1/15; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; docum. a 3 mesi dal 16 feb.; serv. entro 15 gg.

BELMONTE PICENO (*Ascoli Pic.*). — A tutto 15 mar.; L. 9000 comprese indennità; addizion. L. 5 oltre il 25 % popolaz. e L. 4 se oltre 1000 iscritti; L. 500 indenn. laurea; L. 1700 cav.; L. 500 uff. san.; tassa L. 50; età lim. 40 a. Abit. c. 1400 di cui c. 300 agglomerati.

BOLOGNA. *Ufficio Municip. d'Igiene.* — Scad. 31 mar.; assist. del Laborat. medico-micrograf.; L. 13,000 e 3 quadrienni L. 1000, c.-v., percentuale introiti prestazioni a privati, età lim. 35 a., tassa L. 50,15.

BOLZANO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — A tutto 20 mar., due posti di Direttore di Dispensari antitubercolari; v. fasc. 9.

BRESCIA. *Amministrazione Provinciale.* — Coadiuatore della Sezione medico-micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e di profilassi; scad. 20 mar., ore 16. Per informazioni rivolgersi Segreteria Generale.

BRESCIA. *Spedali Civili.* — Primario anatomo-patologo; titoli ed eventualm. esami; L. 18,000 oltre L. 6000 indenn. carica, partecipaz. proventi laboratori garantita in almeno L. 6000 e 4 quinquenni dec.; assicuraz. Al 31 mar., ore 16. Età mass. 45 a. Due anni di direzione istituto anatomo-pat. d'import. ospedale o cinque di aiuto in istituto anatomo-pat. universit. Tassa L. 50. Nomina biennale, conferme quinquennali fino al 31 dic. del 65° anno d'età. Chied. ann.

CASTAGNETO CARDUCCI (*Livorno*). — A tutto 25 mar.; v. fasc. 9.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — A tutto 31 mar., 3a cond. (fraz. Vivo d'Orcia); ab. 1099; L. 9500 oltre L. 1520 se coniugato, L. 840 se celibe; 6 quadrienni dec.; riconoscim. 2 quadrienni serv. prest. preced.; mezzo trasp. L. 3500; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15; doc. a 6 mesi dal 1° mar.

CIVIDALE AL PIANO (*Bergamo*). — Ab. 3600 c., ospedale; L. 6500 per la resid., L. 642 uff. san., L. 750 trasp. ai cascinali; 5 quinq. dec.; L. 2 p. ciascun indigente e L. 5 p. ciascun semi-povero; scad. 60 giorni dal 20 gen.; età lim. 40 a.; chiedere annunzio.

COMO. *Ospedale di S. Anna ed Uniti LL. PP.* — Due medici-chir. aggiunti; scad. 20 mar.; v. fasc. 8.

COSTA VOLPINO (*Bergamo*). — Scad. 31 mar.; v. fasc. 9.

MASSA D'ALBE (*Aquila*). — A tutto 20 mar.; L. 9500 oltre L. 500 uff. san., L. 2700 cavalc., 4 sessenni dec.; tassa L. 50; doc. a 6 mesi dal 15 feb.; età lim. 40 a.

MELIZZANO-DUGENTA (*Benevento*). — Per Dugenta; scad. 31 mar.; età lim. 30 a. (*sic*); tassa L. 50.05; stip. L. 5000 (*sic*) e 5 quadrienni dec., oltre indenn. cavalc. in corso d'approvaz.

MODENA. *Commissione Reale per la Provincia.* — Coadiutore del Laboratorio Provinciale Medico-Micrografico. Scad. 15 mar. V. fasc. 6.

MONDOVÌ (*Cuneo*). — Uff. san.; scad. 31 mar., ore 12; L. 7000; è consentito l'esercizio della profess. Docum. alla R. Prefettura di Cuneo. Schiarim. dalla Segreteria Civica o dalla Prefettura.

MONFALCONE. *Congregaz. di Carità.* — Primario medico nel Civico Ospedale Vitt. Em. III; lire 11,700; biennio di prova e conferme quinquennali; scad. ore 16 del 31 mar.; età 30-45 a.; tassa L. 50 in assegno bancario; libera docenza in clin. med. o patol. med. o servizio di aiuto in clin. med. o aiuto in grande ospedale provinc. per 4 anni. Chied. annunzio. Rivolgersi Ufficio Segreteria.

MONTE DI CAPODISTRIA (*Istria*). — Scad. 31 mar.; con Maresego; L. 9000 e quadrienni dec.; c.-v.; per uff. san. L. 1000; età 25-40 a., s. eccez. regolamentari. Tassa L. 50.

MONTERODUNI (*Campobasso*). — Scad. 40 gg. dal 9 feb.; L. 5640 (sic) e tre quinquenni decimo. Per informazioni rivolgersi Segreteria Comunale.

MONTE SAN GIUSTO (*Macerata*). — Scad. 15 mar.; obbligo serv. Osped. Civ.; stip. L. 8000 e 3 quadrienni dec.; L. 8000 indenn. operaz. chirurgiche ai poveri; c.-v.; L. 2500 cav.; L. 700 uff. san.; età mass. 40. a.

MONZA. *Congregaz. di Carità.* — Medico secondario nel Civico Ospedale Umberto I; L. 4000; obbligo di pernottaz. in camera dell'Ospedale per eventuali prestazioni notturne; partecipaz. proventi per cure ai paganti; guardie: L. 10 e vitto; nomina e conferma biennali; tassa L. 50; scad. 25 mar.

OTTANA (*Sassari*). — Scad. 20 mar.; L. 10,500 oltre L. 1000 uff. san., L. 2000 disag. resid., c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

POLLINA (*Palermo*). — Proroga 31 marzo.

PROVVIDENTI (*Campobasso*). — Scad. 20 marzo; v. fasc. 8.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Tredici tenenti medici in servizio permanente nel Corpo sanitario militare marittimo; scad. 20 apr.; vedi fasc. 8.

SALIZZOLE (*Verona*). — Scad. 15 mar.; L. 8000 e 4 quinq. deci., oltre c.-v.; L. 1000-2500-3000 trasp.; L. 700 uff. san.; L. 200 ambulat.

SAN DONÀ DI PAIVE (*Venezia*). — Uff. san.; scad. 31 mar.; v. fasc. 9.

SERRACAPRIOLA (*Foggia*). — Scad. 29 mar.; lire 9000 e c.-v. Limite età a. 35. Chiedere avviso.

SPEZIA. *Amministrazione Provinciale.* — A tutto 15 aprile, ore 12, ai posti Direttore Sezione Medico-Micrografica e Direttore Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale Igiene e Profilassi. Stip. L. 14,000; indennità servizio attivo L. 3500, ecc.; ricostruzione parziale della carriera, riconoscimento benemerenze di guerra. Età lim. 45 a., salve le eccezioni di legge. Richiedere bando concorso.

TRAPANI. *Amministraz. della Provincia.* — Direttore e assistente Sez. microbiologica presso Laboratorio Provinc. d'Igiene e Profilassi; L. 12,600 e L. 10,000 rispett., oltre L. 3500 e L. 2100 serv. att., 5 quadr. dec., tassa L. 50,15. Scad. ore 17 del 16 marzo.

TREVISO. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione Medica-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e di Profilassi; scad. 31 mar.; v. n. 7.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione Carlo Forlanini.

La Fondazione Carlo Forlanini, sorta per onorare la memoria di Carlo Forlanini, bandisce un concorso per un lavoro sul tema: « Virus tubercolare e reazioni cellulari. Ricerche originali ».

Il lavoro, in lingua italiana, a stampa o dattilografato, deve essere presentato in otto esemplari entro le ore 15 del 31 dicembre 1928 alla Direzione dell'Ospedale Maggiore di Milano, Via Ospedale 5, che ne rilascerà ricevuta. I concorrenti non potranno partecipare al Concorso con lavori pubblicati precedentemente alla data del 31 dicembre 1927.

Il Concorso sarà giudicato in modo insindacabile dal Consiglio Direttivo della Fondazione stessa.

Il premio potrà non essere assegnato, se nessuno dei lavori presentati ne fosse giudicato meritevole.

Il premio, indivisibile, è di lire 15,000. Il Consiglio si riserva di contribuire alla pubblicazione del lavoro nella misura, che riterrà opportuno.

I lavori inviati per il concorso resteranno ad ogni effetto di legge di proprietà della Fondazione Forlanini.

Il Consiglio Direttivo della Fondazione: Dott. prof. Luigi Zoja, presidente; grand'uff. A. Stefano Benni, vice presidente; prof. Enrico Ronzani, prof. Achille Monti, prof. Adolfo Ferrata, dott. Achille Aliprandi, prof. Riva Rocci.

BORSE DI STUDIO.

IV Borsa di studio Wassermann.

È aperto il concorso per una borsa di studio di lire cinquemila da assegnarsi ad una dottoressa italiana, laureata in medicina e chirurgia, iscritta alla Associazione Nazionale Italiana Dottoresse in Medicina e Chirurgia, che intenda compiere un anno consecutivo di studi di perfezionamento presso una Università od Istituto Superiore del Regno, nella specialità ostetrico-ginecologica. L'assegno sarà corrisposto in rate trimestrali anticipate di lire mille ciascuna, con decorrenza dal 1° maggio 1928, dietro presentazione (per la II, III, IV rata) di un certificato della Segreteria dell'Università o dell'Istituto superiore da cui risulti l'iscrizione e la regolare frequenza al Corso o ai Corsi di perfezionamento. Le ultime mille lire saranno versate alla vincitrice del concorso alla fine dell'anno di studio ove essa ne dimostri il buon esito, presentando un lavoro pubblicato. La scelta dell'Università o Istituto Superiore è in facoltà della concorrente, ma dev'essere subordinata alla approvazione della Commissione aggiudicatrice.

Le domande in carta libera dovranno essere indirizzate alla Presidente dell'Associazione Nazionale Italiana Dottoresse in Medicina e Chirurgia (prof.sa Myra Carcupino Ferrari - Salsomaggiore) non più tardi del 30 marzo, corredate dai documenti.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

All'Ospedale Italiano di Buenos Aires sono stati nominati, in esito a concorso, i seguenti primarî: Raul Becco per la Sezione di oto-rino-laringologia; Enrico Dameno per quella di oculistica; Luigi Paglieri per quella di urologia; Nicola V. Greco per quella di dermato-venereologia. Il dott. Nicola V. Zerbini è stato nominato vice-primario per la dermato-venereologia.

Al comm. Luigi Scarciglia, di Minervino (Lecce), è stata conferita la medaglia d'oro dei benemeriti della salute pubblica, per la cospicua donazione di 3,100,000 lire pro lotta antitubercolare e per altre munifiche donazioni.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Firenze

Conferenze alla Scuola di Applicazione di Sanità Militare.

Anche quest'anno la Scuola di Applicazione di Sanità Militare ha iniziato la serie delle Conferenze Scientifiche alle quali accorre numerosissimo il pubblico medico della nostra città.

L'inaugurazione si è avuta il 23 febbraio con un'interessante lezione del Magnifico Rettore della Università, prof. Enrico Burci, sul tema: « Serietà scientifica ed onestà pratica sono qualità essenziali per l'esercizio della chirurgia ».

Il discorso del prof. Burci è stato preceduto da incisive parole del direttore della Scuola, colonnello prof. Alfredo Bucciante, che ha spiegato ai 600 allievi medici presenti, l'utilità di queste conferenze che hanno tra l'altro lo scopo di mantenere attivi e fiorenti i contatti tra il Corpo Sanitario Militare e i nostri centri universitarî.

Dott. CANALE.

Da Perugia.

V Congresso internazionale medico degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali.

Nel settembre del corrente anno, si radunerà a Budapest il V Congresso Internazionale medico degli Infortuni sul lavoro e delle malattie professionali.

Il ricordo del IV Congresso tenuto ad Amsterdam nel 1925, mi spinge come rappresentante italiano nel Comitato Internazionale di questi Congressi a rivolgere un vivo appello ai medici che coltivano l'infortunistica, o che in genere si interessano ai problemi di Medicina del lavoro, a voler partecipare largamente al Congresso, portando il contributo dei loro studi e della loro esperienza.

Non deve accadere come ad Amsterdam, che in mezzo a un folto stuolo di studiosi tedeschi, e di gravitanti verso la cultura tedesca, si trovi sperduta una esigua schiera di italiani, partecipante veramente, all'infuori delle rappresentanze ufficiali, ai lavori del Congresso.

La rappresentanza italiana di tecnici a Budapest deve essere oltre che ottima, numerosa: lo esige il nostro decoro e il nostro prestigio.

I medici italiani possono veramente dare la dimostrazione della loro maturità in questi studi, e, abbandonando la trattazione di sottili questioni paramediche alle quali per tradizione ci sentiamo ancora attaccati, ma che hanno fatto il loro tempo, e che nelle radunate internazionali di medici sono poco apprezzate, possono dimostrare che un trentennio e più di esperienza infortunistica può dar frutti anche più saporosi di quelli che vengono dal Nord.

Non mi soffermerò in altre ragioni che consigliano il nostro numeroso intervento che sono intuite facilmente da tutti coloro che seguono i sapienti orientamenti della nostra politica estera.

La Cassa Nazionale Infortuni, ha ormai iniziate le pratiche per ottenere l'assenso del Governo alla partecipazione ufficiale dell'Italia al Congresso; ottenuto che sia verrà immediatamente costituito il Comitato Nazionale, al quale parteciperanno tutti gli Enti direttamente o indirettamente interessati.

Al futuro Comitato spetterà ordinare la rappresentanza, e sarà bene che i medici che intendono partecipare al Congresso ne diano comunicazione al Comitato e sino a costituzione di questo al

Prof. GUSTAVO PISENTI, dell'Università di Perugia, rappresentante dell'Italia nel Comitato Medico Internazionale.

NOTIZIE DIVERSE.

Giornate Mediche d'Egitto.

Si terranno al Cairo dal 12 al 24 dicembre, sotto la presidenza del prof. J. S. Faure. I lavori consisteranno in conferenze e comunicazioni sulle malattie dei paesi temperati (questioni di attualità) e sulle malattie dei paesi caldi (ascesso del fegato, bilharziosi, tripanosomiasi, bottone d'Oriente, lebbra, malaria, febbre gialla, tracoma); verranno ripartiti in più sezioni. Si organizza anche un'Esposizione internazionale. Avranno luogo delle escursioni a Luxor-Assuan, alle moschee, alle piramidi, ecc. Sono previste riduzioni importanti sui prezzi di viaggio e di soggiorno. Per informazioni e per le adesioni rivolgersi alla segreteria generale, rue Gay-Lussac 32, Paris (Ve), Francia; oppure al sig. J. Khouri, rue de France 4, Alessandria (Egitto).

Congresso pan-Pacifico di Chirurgia.

È indetto dalla « Unione pan-Pacifica » pel tramite del governatore del territorio delle isole Hawai, ad Honolulu, nell'agosto 1929, in occasione del Congresso dell'Associazione Medica dell'Estremo Oriente.

È stato costituito un Comitato organizzatore di cui è presidente il dott. Nils P. Larsen e segretario corrispondente il dott. Nathaniel M. Benyas. Si è già preparato un vasto programma di lavori. Una conferenza speciale sulla chirurgia della lebbra avrà luogo nel leprosario di Kalihi.

Congresso di medici e naturalisti della Czecoslovacchia.

Il 6° Congresso dei medici, naturalisti e ingegneri della Czecoslovacchia si adunerà a Praga il 27 maggio. L'iniziativa di questi congressi si deve al prof. J. E. Purkinje, il quale mise in rilievo l'utilità della cooperazione tra medici e naturalisti, e illustrò il concetto che la medicina deve considerarsi come un ramo delle scienze naturali.

Corsi di perfezionamento in dermatovenereologia.

Presso la Clinica di Dermatologia e Sifilografia della Facoltà di Medicina di Parigi (Hôpital St. Louis), diretta dal prof. Jeanselme, si terranno i seguenti corsi: di dermatologia dal 16 aprile al 12 maggio; di venereologia dal 14 maggio al 9 giugno; di terapia dermato-venereologica dal 12 giugno al 3 luglio; di tecnica di laboratorio nello stesso periodo. Tassa per ogni corso fr. 250. A richiesta s'invia programma dettagliato. Per informazioni rivolgersi al Dr. Burnier, Hôpital Saint-Louis (Pavillon Bazin), Paris.

Per la difesa antitubercolare.

La Commissione centrale di beneficenza della Cassa di Risparmio delle Provincie Lombarde, presieduta dall'on. marchese De Capitani, ha stabilito varie elargizioni a favore di Istituti di difesa antitubercolari di Bergamo, Lecco e Cremona, per complessive lire 225 mila.

Per l'educazione antitubercolare a Milano.

L'Istituto di Tisiologia della R. Università di Milano ha organizzato una serie di conferenze, che sono state tenute dal direttore prof. Ronzoni e dai dottori Cecchini e Bareggi, agli operai del « Dopolavoro » per illustrare i mezzi e gli scopi della lotta antitubercolare.

I nuovi prezzi del chinino di Stato.

A decorrere dal 1° marzo 1928 i prezzi al pubblico del chinino di Stato sono stati modificati in conformità del decreto ministeriale n. 154910 del 14 gennaio 1928, come segue:

Bisolfato in tavolette semplici, alla scatola lire 5.50; Bisolfato in tavolette inzuccherate L. 5.50; Idroclorato in tavolette inzuccherate L. 7.50; Bicloridrato in tavolette inzuccherate L. 7.50; Soluzioni di bicloridrato in fiale da cgr. 50 e gr. 1 L. 5.50; Soluzioni di idroclorato con etiluretano da cgr. 50 e gr. 1 L. 6.50; Tannato in cioccolatini L. 13.

Commemorazione di Bonome.

Il prof. Giovanni Cagnetto, successore di Augusto Bonome nella cattedra di anatomia patologica dell'Università di Padova, ha pronunziato una magnifica orazione commemorativa dell'insigne scienziato e maestro.

Emerge da essa tutta l'originalità e l'importanza degli studi compiuti in molti campi: sul tragitto del virus tetanico lungo le vie nervose, sulla localizzazione polmonare della lebbra, sulla morfogenesi della nevroglia, degli elementi gangliari, dei gliomi del nevrasse, sulla funzione osteogenica dello strato del cambio nelle ossa, sulla coltivazione *in vitro* del periostio, sull'origine e il significato delle isole cartilaginee eterotopiche nei processi riparativi e distruttivi dello scheletro, sull'infezione da proteo, ecc. In tutte queste ricerche domina l'organicità del programma e la precisione della tecnica.

Il Bonome è stato anche un maestro incomparabile e un dominatore d'ambiente.

Donazione di radium all'Università di Lilla.

Il governo del Belgio ha donato all'Università di Lilla 760 milligrammi di radium, acquistato con i residui di un fondo raccolto durante l'invasione tedesca da un Comitato per i soccorsi alimentari. La cerimonia della donazione si è svolta nel Grand Théâtre di Lilla, presenti il ministro della P. I. della Francia Herriot e quello del Belgio Jaspar, nonchè molte altre autorità.

L'A. D. R. M.

L'« Association pour le Développement des Rblations Médicales entre la France et les Pays alliés ou amis » ha tenuto l'adunanza annua nell'Accademia di Medicina di Parigi, sotto la presidenza del prof. Hartmann.

Il decano della Facoltà medica, prof. Roger, recò notizie nell'Ufficio d'informazioni istituito a Parigi: in breve tempo esso è stato visitato da 613 medici e studenti di medicina stranieri, ha ricevuto 710 richieste d'informazioni ed ha curato l'iscrizione di 310 medici stranieri ai corsi di perfezionamento. L'Associazione ha provveduto ad istituire corsi di perfezionamento speciali in lingua inglese; essi sono frequentati da un numero crescente di medici.

I medici della Czecoslovacchia.

L'Ufficio statistico della Czecoslovacchia fornisce i seguenti dati. In tutta la nazione eserciscono 1217 medici negli ospedali e 5916 fuori degli ospedali, il che corrisponde a 5.2 medici ogni 10 mila abitanti. La maggiore proporzione di medici si ha nei territori industriali; nelle zone rurali i medici scarseggiano, malgrado le buone retribuzioni loro offerte.

Le levatrici ammontano a 10,938, di cui 9410 fornite di diploma; la proporzione risulta di 15.5 ogni 10,000 abitanti; in media, ciascuna levatrice assiste 33.1 parti l'anno.

Beneficenza.

La signora Domenica Belgrano ha lasciato alla Congregazione di Carità di Firenze l'oro e i gioielli che teneva celati in un muro della sua casa; il lascito è stato valutato a un milione di lire.

Bambini uccisi dal siero antidifterico.

Si ha da Brisbane (Australia): Nella città di Bundaberg sono morti dodici bambini in seguito ad inoculazioni di siero antidifterico praticate dietro ordine dell'autorità sanitaria municipale. Altri bambini versano in grave stato. La tragedia rimane inesplicabile perchè altri due gruppi di bimbi erano stati inoculati in precedenza con lo stesso siero senza risentire alcun danno.

Epidemia di tifo petecchiale al confine polacco-transilvano.

Un giornale di Klausenburg riferisce particolari impressionanti sulla strage fatta dal tifo petecchiale in alcuni villaggi del confine polacco e transilvano. I posti di medici condotti sono occupati da studenti di Università, privi ancora di diploma, e costoro non hanno subito riconosciuto la malattia, che si è diffusa con una rapidità tragica.

Il 27 febbraio dopo lunga e penosa malattia, sopportata con ammirevole rassegnazione e munito dei conforti religiosi si è spento a Palermo il prof. GIOVANNI DI CRISTINA, direttore della R. Clinica Pediatrica, dell'Ospedale dei Bambini e della Casa del Sole.

Nato a Palermo nel 1876 compì gli studi nelle Università di Palermo e di Napoli. Si laureò a Palermo nel 1902. Espletato il servizio militare si recò in Germania, ove attinse la preparazione scientifica in diversi Istituti scientifici di Berlino, Monaco, Würzburg. Furono suoi maestri: Leyden, Leube, Boas, Alexander, Brieger e Grawitz. In Italia ebbe come maestri Manfredi, Galeotti, Castellino, Jemma. Libero docente in patologia speciale medica dimostrativa e in clinica pediatrica fin dal 1911, fu aiuto, successivamente incaricato e poi professore titolare nella R. Università di Palermo, cattedra che tenne fino al giorno della morte.

La figura del Di Cristina spiccò subito sia per le qualità di uomo (grande bontà, quasi ingenuità, non comune disinteresse dal punto di vista professionale, grande spirito di filantropia per tutte

le opere di bene, impressionante modestia), come cittadino (onestà incommensurabile, rigidezza di costumi, probità), come maestro e come scienziato.

Come maestro rifulse per la grande competenza non solo nella disciplina professata, ma per la sua cultura generale nei vari campi dello scibile. Ebbe attorno a sè una eletta schiera di giovani che con amore educò allo studio clinico degli ammalati, alla conoscenza dei mezzi di indagine applicati alla clinica, alla rigidezza della ricerca scientifica nella quale il Di Cristina eccelse per la sua non comune competenza e onestà. Molti allievi sono liberi docenti, altri hanno acquistato importanti posti in pubbliche Amministrazioni sanitarie, uno, il prof. Maggiore, copre la cattedra di Clinica pediatrica nella R. Univ. di Bari.

Come scienziato la sua figura spande vivissima luce nelle sue ricerche sulla Leishmaniosi infantile, alcune in collaborazione col prof. Jemma, le quali portano un originale e importante contributo allo studio etiopatogenetico, biologico, anatomo-patologico e clinico e specialmente alla terapia specifica dell'affezione.

Per primo in Italia applicò nell'infanzia i sistemi di cura vaccinale, con i suoi vaccini lisizzati nelle malattie infettive e principalmente nel tifo, imprimendo importanti note personali nello studio delle reazioni vaccinali immunitarie e cliniche. Fu appassionato cultore degli studi riguardanti l'infezione tubercolare nei bambini e fu uno dei primi a diffondere i sistemi di terapia specifica ambulatoria. Si occupò di numerosi problemi di ordine etiologico, patogenetico, biologico e clinico e nelle conclusioni dei suoi risultati fu sempre imparziale, riservato, prudente, corretto, per la quale circostanza destò l'ammirazione e riportò la stima di tutti. Della sua grande competenza, della sua non comune attività si avvantaggiarono l'Ospedale dei Bambini di Palermo, annesso alla Clinica, la Casa del Sole, per la prevenzione e cura delle malattie tubercolari infantili, che egli fondò, organizzò e diresse, e rappresenta in atto uno dei migliori Istituti del genere. Al suo nome è anche legato l'Aiuto Materno, che venne da lui instituito durante il periodo di guerra.

Questa la figura dell'Uomo, immaturamente scomparso, che onorò la pediatria Italiana e che lascia nel profondo rimpianto la scuola.

S. M.

Il dott. Adolfo Semorile di Mendoza, scrive:

Stimo doveroso di segnalare ai lettori del « Policlinico » la perdita immatura del dott. VINCENZO CHERUBINI, scomparso nel naufragio del « Principessa Mafalda », insieme a sua nipote, il 25 ottobre 1927. Nato a Capranica, studiò a Roma e da 20 anni risiedeva a Mendoza ove godeva di eccellente reputazione acquistata sia in clientela che in ospedali, come capo di servizi di chirurgia; lascia rimpianto in tutto i ceti. Meno di un anno fa, morì il fratello maggiore, dott. Cherubino Cherubini.

La notte del 25 febbraio u. s. nel disimpegno dei suoi doveri d'ufficio si è improvvisamente spento il dott. TEMISTOCLE TEPPATI.

Prestò servizio negli Ospedali di Roma, ed attualmente era Ispettore Capo nel Servizio Sanitario delle Ferrovie dello Stato.

Fu medico di vasta cultura e di squisito senso clinico, e scrittore forbito ed elegante.

Oltre che generalmente apprezzato per le sue doti d'intelletto egli era amato da quanti l'avvicinavano, per la profonda bontà dell'animo, per lo spontanea signorilità del tratto.

La redazione del « Policlinico » partecipa al rimpianto per l'immatura scomparsa del distinto collega ed alla desolata famiglia presenta l'espressione della sua dolorante simpatia.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXV Roma, 19 Marzo 1928 Fasc. 11

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO
Direttore: Prof. L. MANFREDI.

Su alcune recenti modificazioni proposte alla reazione di Wassermann

pel dott. GIUSEPPE CASCIO ROCCA, docente di Clinica Dermosifilopatica ed assistente volontario.

L'estratto usato primitivamente da Wassermann, Neisser e Bruck, in mancanza della cultura di treponema, era preparato col fegato di feto eredo-sifilitico in soluzione fisiologica con l'aggiunta di 0,5 % di acido fenico.

D'altra parte Levaditi e Marie stabilirono il fatto importante, che si poteva sostituire l'estratto di fegato luetico con quello di fegato normale.

In seguito ed in lavori comparsi a pochi giorni di distanza l'uno dall'altro Landsteiner, Müller e Pötzl-Porges e Meyer-Levaditi e Yamanouchi comunicarono che il principio attivo degli estratti era solubile in alcool, proponendo l'uso dello estratto alcoolico di fegato luetico.

Il fatto, che un estratto acquoso od alcoolico di organi normali ha le stesse proprietà antigene degli estratti di organi sifilitici dimostra che l'elemento attivo di questi estratti non è dato necessariamente da costituenti specifici delle spirochete. Infatti fu stabilito che la proprietà di reagire coi sieri luetici è dovuta ai lipoidi degli estratti, tanto è vero che anche con l'uso di lipoidi ben definiti (Porges e Meyer soluzione di lecitina all'1 % — Sachs ed Altmann soluzione di oleato di soda al 10 % — Levaditi e Yamanouchi glicocolato e taurocolato di sodio — Sachs e Rondoni, soluzione alcoolica di oleato di soda, acido oleico e lecitina) si hanno vere reazioni di Wassermann, più o meno perfette.

Altra proprietà dell'estratto è quella legata allo stato fisico (di dispersione) dei lipoidi degli estratti alcoolici, il quale a sua volta dipende dal modo e dal tempo in cui viene fatta la diluizione in soluzione fisiologica. Infatti è stato stabilito che se all'estratto si aggiunge la soluzione fisiologica a goccia a goccia si ha una soluzione di aspetto torbido, che ha un forte potere anticomplementare, e che dà reazioni più intense, mentre se sull'estratto si versa la soluzione fisiologica, d'un tratto, rapidamente, si ha una soluzione meno torbida, che ha un minore potere anticomple-

mentare, e che dà reazioni più deboli (fenomeno di Sachs e Rondoni).

In seguito per rendere più sensibili gli estratti di organi è stata proposta l'aggiunta di colesterina (Browning-Sachs), oppure l'utilizzazione della sola frazione lipoidea insolubile in acetone, preparata con procedimento speciale (Bordet e Ruelens). Questi antigeni si sono mostrati altamente specifici.

Nel maggio 1926 il prof. O. Sciarra comunicava una sua modificazione apportata alla reazione di Wassermann, e consistente nella sostituzione della soluzione dell'estratto con una quantità variabile di 0,10-0,15 di alcool etilico assoluto oppure a 95°.

L'A. avrebbe riscontrato che i sieri luetici a differenza degli altri si presentano all'osservazione microscopica ricchi di grani e di flocculi, appartenenti alla categoria dei lipoidi e costituenti un aggregato antigeno-anticorpo. Essi vengono ad essere disgregati dall'aggiunta di alcool e questi antigeni ed anticorpi resi liberi in presenza di altro complemento reagirebbero fissandolo.

La reazione deve essere eseguita con cmc. 0,20 e 0,30 di siero con l'aggiunta rispettivamente di cmc. 0,10 e 0,15 di alcool direttamente al siero, poi della soluzione fisiologica nella quantità di cmc. 1,5 ed infine del complemento. Quindi si portano le provette in termostato e si procede per il resto come per la reazione di Wassermann originale. L'A. consiglia di eseguire la reazione con siero inattivato, poichè con siero attivo la reazione è sensibilissima, ma a scapito della specificità. Egli assicura che la reazione praticata in questo modo è più sensibile e specifica della W. R. Consiglia tuttavia di usarla per ora comparativamente alla W. R.

Nell'aprile 1927 comunicò di avere praticato la sierodiagnosi seguendo un metodo, chiamato metodo Wassermann e Sciarra unificati. Detto metodo poteva essere eseguito:

1) con prevalenza della W. cioè usando cmc. 0,05 di alcool e l'antigeno nella dose comunemente usata per la W. R.;

2) con prevalenza della Sciarra, cioè usando cmc. 0,10 di alcool e l'antigeno metà dose di quella usata per la W. R.;

3) con cmc. 0,10 di alcool e tutta la dose di antigeno richiesta per la W. R.

Le prime due modalità costituivano il metodo parziale, mentre il terzo costituiva il metodo totale.

Dai risultati ottenuti l'A. conclude ammettendo che i metodi unificati sono sensibilissimi, ma risultano meno specifici, e pertanto non possono sostituirsi alla sua sierodiagnosi pura.

Giudiceandrea controllando la reazione proposta da Sciarra è pervenuto a conclusioni negative, poichè anche con sieri negativi l'emolisi era lentissima, residuando talvolta un tenue ed imbarazzante intorbidamento. Tuttavia persuaso che l'alcool in qualche modo, che non è facile precisare, esercita un'influenza sulla reazione ha pensato di utilizzare questa proprietà dell'alcool nell'esecuzione del comune metodo della W. R. servendosene non da solo, ma con l'uso del solito antigeno titolato e diluito, e procedendo pel resto con la solita tecnica della W. R.

L'A. consiglia di aggiungere a cmc. 0,10 di siero inattivato, cmc. 0,30 di soluzione fisiologica, cmc. 0,10 di alcool e poi cmc. 0,50 di antigeno titolato e diluito e cmc. 0,50 di complemento e nel resto di procedere come per la comune W. R.

Pollano sperimentando la reazione proposta da Sciarra, comparativamente alla W. R. ed alla M. T. R., ha avuto con sieri attivi un arresto più o meno marcato dell'emolisi anche con sieri a W. R. nettamente negativa, mentre coi sieri inattivati ha notato effettivamente un'azione dell'alcool sui sieri sifilitici paragonabile in una certa misura all'azione dell'antigeno nella W. R., ma a suo giudizio i risultati sono troppo incostanti e non specifici, perchè la reazione di Sciarra possa far parte delle reazioni, che attualmente si usano per la sierodiagnosi della sifilide.

Lanteri ha sperimentato sia la reazione di Sciarra, sia quella proposta da Giudiceandrea pure comparativamente alla W. R. ed alla M. T. R.

Nella reazione di Sciarra coi sieri attivi ha avuto un arresto dell'emolisi anche coi sieri assolutamente W. negativi; coi sieri inattivati e praticando la reazione anche dopo esatta titolazione del complemento ha avuto emolisi anche coi sieri sicuramente luetici, W. positivi.

Nella reazione di Giudiceandrea ha avuto arresto completo di emolisi per tutti i sieri, anche quelli di individui sani.

Recentissimamente Ninni e Molinari proposero la sostituzione del comune estratto lipoideo con una soluzione in acqua fisiologica di fenolo ed alcool.

Gli AA. in seguito ad alcune ricerche di orientamento rilevarono che un certo numero di sostanze chimiche (fenolo, anilina, idrochinone, paraaminofenolo), che non sono affatto lipoidi mostravano una proprietà simile a quella dell'antigeno nella W. R. Pertanto essi pensarono che questa proprietà fosse dovuta alla ben nota azione mordenzatrice di alcune di dette sostanze (fenolo, anilina), e che a loro somiglianza agissero l'idrochinone, il paraaminofenolo, e verosimilmente anche gli antigeni lipoidei. E guidati dall'idea,

che i sieri luetici mordenzati da un agente opportuno acquistano la proprietà di fissare il complemento, decisero di limitare le ricerche a quello, che è sembrato loro il più idoneo a sostituire nella sierodiagnosi della sifilide gli estratti lipoidei, cioè il fenolo. Essi ammettono che il fenolo mordenza i sieri luetici, non nel senso che tra siero luetico e fenolo avviene una combinazione chimica, ma che il fenolo imprime al siero luetico una differente configurazione fisico-colloidale, che ha per conseguenza la fissazione del complemento. E pertanto ritengo che in tale senso forse anche gli estratti lipoidei siano mordenti dei sieri luetici.

Per la tecnica consigliano di usare il fenolo cristallizzato Merck, sciolto a 40°, e diluito in alcool a 96° nella proporzione 1:50, soluzione che hanno chiamato antigeno fenol-alcool. Dopo alcune esperienze con l'alcool a solo, col fenolo a solo e poi con la soluzione 1:50 di fenol-alcool hanno stabilito, che per la sierodiagnosi della sifilide il titolo più opportuno della diluizione dell'antigeno fenol-alcool in soluzione fisiologica varia tra 1:8 e 1:9. Essi hanno usato detto fenol-alcool nella diluizione 1:9 comparativamente con tre antigeni lipoidei, e dati i risultati ottenuti ammettono senz'altro che « il fenol-alcool ha tutte le proprietà dei migliori estratti lipoidei, e due vantaggi sicuramente su detti estratti, cioè la facilità di preparazione e la costanza del suo potere ».

Molinari in seguito ha sperimentato l'antigeno fenol-alcool nella solita diluizione 1:9 in soluzione fisiologica col liquido cefalo-rachidiano (cmc. 0,5 di liquor e dose doppia di controllo). Anche rispetto al liquido c. r. il fenol-alcool si comporta, secondo l'A., come i migliori antigeni lipoidei.

*
* *

Per consiglio del prof. Manfredi e perchè tutte le modificazioni alla W. R. che tendono a renderla più sensibile e specifica, e che possono contribuire a dare una delucidazione sul suo intimo meccanismo non debbono essere trascurate, ho voluto sperimentare le tre suddette modificazioni.

I sieri esaminati sono stati 105, e tutti contemporaneamente e comparativamente alla W. originale eseguita con un antigeno lipoideo preparato secondo Bordet e Ruelens. Per deficienza di siero non ho potuto in tutti 105 sieri praticare le tre reazioni. Il controllo del siero in esame valeva logicamente per tutte le reazioni.

I sieri in genere appartenevano ad individui sicuramente luetici con manifestazioni contagiose in atto o in cura, e ad individui sani o affetti da svariate malattie, nei quali dai dati anamnestici e clinici si poteva escludere la lue.

La tecnica seguita scrupolosamente è stata quella consigliata dagli AA.

Modificazione di Sciarra. — Ho seguito il primo metodo proposto dall'A., perchè giudicato dallo stesso piu sensibile e specifico anche della W. R.

Con sieri attivi ho avuto, in concordanza con quanto ha ottenuto l'A., una inibizione più o meno netta dell'emolisi anche con sieri W. negativi.

Coi sieri inattivati ho avuto in 42 sieri W. positivi solo in 10 una lieve inibizione dell'emolisi, mentre negli altri ho ottenuto un'emolisi pronta (23,8 % casi di concordanza con la W. R.); in 32 sieri W. negativi ho avuto emolisi completa tranne in due, in cui mentre con la dose di cmc. 0,20 si aveva emolisi, con la dose di cmc. 0,30 si aveva una netta inibizione. Questi due sieri appartenevano, uno ad un individuo affetto da uretrite blenorragica, e l'altro ad una paziente con lupus eritematoso: in entrambi si poteva escludere una pregressa infezione luetica.

Modificazione di Giudiceandrea. — In 58 sieri W. positivi ho avuto sempre inibizione completa dell'emolisi, mentre in 47 sieri W. negativi ho avuto invariabilmente un ritardo più o meno marcato dell'emolisi. Con questa modificazione logicamente i sieri W. debolmente positivi si presentano rinforzati nella loro positività.

Modificazione di Ninni e Molinari (Antigeno « fenol-alcool »). — Su 58 sieri W. positivi in 43 ho avuto emolisi rapida e completa, e solo in 15 un lieve ritardo nell'emolisi (25,8 % casi di concordanza con la W. R.).

Su 47 sieri W. negativi in 37 ho avuto emolisi completa, ed in 10 un lieve ritardo nell'emolisi. Questi 10 casi riguardavano 3 individui affetti da lue intensamente curata, e gli altri 7 affetti da forme cutanee, nei quali si poteva escludere l'infezione luetica.

Dai risultati ottenuti si rileva senz'altro che nessuna delle suddette modificazioni può essere considerata come reazione praticamente utilizzabile per la siero-diagnosi della sifilide, e quindi tanto meno che possa sostituire la W. R. originale.

Tuttavia bisogna ammettere che effettivamente un'azione sui sieri luetici viene ad essere esercitata dall'alcool. Ed io penso che anche nella modificazione di Ninni e Molinari l'azione di rinforzo esercitata, secondo gli stessi AA., dall'alcool sulla proprietà antigena del fenolo abbia la sua grande importanza nell'esecuzione della sierodiagnosi, tanto più che occorre tener presente che la diluizione totale dell'alcool viene ad essere di 1:9.

E pur non volendo dare un giudizio sul possibile contributo dato dal fenolo nella modificazione di Ninni e Molinari, non è facile compito precisare in quale modo l'alcool esercita la sua influenza in una reazione estremamente delicata qual'è la W. R.

L'alcool favorisce, come pensa Giudiceandrea, l'attività deviatrice del complemento, o com'è più probabile rallenta semplicemente l'emolisi, oppure provoca, come ammette Sciarra, la scissione di aggregati antigeno-anticorpo veri e propri, i quali resi liberi reagirebbero nuovamente in presenza di altro complemento fissandolo? Sciarra a sostegno della sua concezione richiama il fenomeno di reversibilità osservato da Wassermann per il suo « aggregato di Wassermann » e da lui utilizzato nella W. R. di conferma per svelare appunto le W. R. pseudo-positive.

Siamo pertanto alle moderne vedute immunitarie, che ammettono nella W. R. una reazione fra antigeni ed anticorpi.

Wassermann nel 1921 alla Società Medica di Berlino fece delle importanti comunicazioni, che ribadivano la teoria puramente immunitaria della sua reazione, da lui sempre sostenuta, in contrasto con le dottrine puramente colloidali e chimico-fisiche, che per lunghi anni avevano avuto il sopravvento.

Egli affermò, che il fenomeno basilare per qualunque sierodiagnostica della sifilide è la formazione dell'« aggregato di Wassermann ».

Detto « aggregato di Wassermann » sarebbe costituito dalla cosiddetta « sostanza di Wassermann », che si trova nel siero sifilitico e dalla frazione lipoidea degli estratti con la quale ha la proprietà di legarsi, formando appunto questo nuovo aggregato. Questo aggregato può essere facilmente ridiviso nelle sue due componenti specifiche, ottenendo quindi isolatamente la « sostanza di Wassermann » ed il lipoide. Queste due componenti formano di nuovo lo stesso aggregato qualora tornano ad incontrarsi, costituendo pertanto una lega reversibile, che a sua volta viene a deviare il complemento.

In merito alla natura della « sostanza di Wassermann » l'A. afferma che essa « ha tutte le qualità caratteristiche per un vero ambocettore nel senso di Ehrlich, e che cioè è un anticorpo, però un anticorpo sui generis ». Si tratterebbe cioè di un anticorpo per lipoidi (anticorpo lipoideo) di cellule organiche di uomo o di animali, isolato per la prima volta.

La genesi di questo anticorpo lipoideo, e conseguentemente dei lipoidi patologici a funzione antigena (ma incompleta, poichè è stato dimostrato che la produzione di sostanze ad azione antagonista si verifica solo quando i lipoidi vengono iniettati associati ad una proteina, che funziona da veicolo) trova discordi i vari sperimentatori.

Si tratta di anticorpi contro prodotti di disintegrazione dei tessuti luetici (teoria degli autoanticorpi (Sachs, A. Klopstock e Weil), oppure di anticorpi contro antigeni spirochetici (teoria immunitaria antispirochetica) (Landsteiner e van der Scheer-F. Klopstock)?

Come si vede per quanto il problema sul meccanismo della W. R. nel suo complesso sia stato genialmente impiantato con la conferma di risultanze sperimentali, tuttavia richiede nuove ricerche sistematiche alle quali devono contribuire in perfetta collaborazione clinici e biologi. E forse anche lo studio delle modificazioni indotte sui sieri luetici da solventi di lipoidi, e specialmente dall'alcool, potrà contribuire allo scopo.

A conclusione dei risultati ottenuti si può ammettere, che pur non potendo praticamente utilizzare le modificazioni proposte da Sciarra, da Giudiceandrea e da Ninni e Molinari alla W. R., esse presentano un grande interesse dottrinale, che potrà essere lumeggiato da ulteriori indagini.

Autoriassunto. — L'A. ha sperimentato le modificazioni proposte da Sciarra, da Giudiceandrea e da Ninni e Molinari alla W. R. ottenendo risultati incostanti ed anche aspecifici. Tuttavia riconosce alle tre suddette modificazioni un valore dottrinale, che merita di essere ulteriormente indagato.

BIBLIOGRAFIA.

1. CASCIO ROCCA G. *Valore diagnostico e prognostico della W. R.* Tip. F.lli Vena, Palermo, 1923.
2. DI MACCO G. *Sulla funzione antigena dei lipoidi.* Riv. di Patol. Sperim., 1927, p. 232.
3. GIUDICEANDREA. *Un nuovo mezzo di attivazione in vitro della W. R.* Policlinico, Sez. Pratica, 1927, p. 559. *A proposito della reazione di Sciarra.* Policlinico, Sez. Pratica, 1927, p. 1181.
4. KLOPSTOCK F. *Experimentelle Untersuchungen zur Entstehung der syphilitischen Blutveränderung.* Klin. Woch, 1927, p. 685.
5. LANDSTEINER e VAN DER SCHEER. *Experiments on the production of Wassermann Reagins by means of trypanosomes.* Journ. of. experim. Med., 1927, p. 465-482.
6. LANTERI. *A proposito di alcune recenti modificazioni proposte alla sieroreazione di W.* Gior. Ital. Dermat. e Sifil., 1927, p. 1440.
7. MARIOTTI E. *Contributo sperimentale sulla costituzione e funzione dell'antigeno nella W. R.* Riforma medica 1925, p. 341.
8. MOLINARI. *Fenol-alcool nel liq. cefalo-rachidiano.* Riforma medica, 1927, fasc. 51.
9. NINNI e MOLINARI. *Antigeno a costituzione chimica definita specifico per la W. R.: « il fenol-alcool ».* Pathologica, 1927, p. 279.

10. PHILIPPSON. *Osservazioni intorno alla W. R. nella sifilide.* Policlinico, Sez. Medica, 1914, p. 20. — *Sull'origine della sostanza di W. nel siero di sangue.* Riv. di Pat. Sperim., 1926, p. 233.
11. POLLANO. *Sulla reazione di Sciarra per la sierodiagnosi della sifilide.* Il dermosifilografo, 1927, p. 571.
12. RONDONI. *Il meccanismo della W. R.* Rassegna Clin. Scientif. Ist. Bioch Ital., 1927-10.
13. SACHS, A. KLOPSTOCK e WEIL. *Zur Frage der künstlichen Erzeugung der für Syphilis charakteristischen Blutveränderungen beim Kaninchen.* Klin. Woch., 1927, p. 928.
14. SCIARRA. *Nuova sierodiagnosi della sifilide.* Policl. Sez. Pratica, 1926, p. 933. — *Ulteriori indagini sulla nuova sierodiagnosi della sifilide.* Rif. Medica, 1927, p. 344. — *Le ricerche di Giudiceandrea e la cosiddetta « attivazione in vitro » della W. confermano il valore della nuova sierodiagnosi della sifilide.* Policl., Sez. Pratica, 1927, p. 1177.
15. WASSERMANN A. *Nuove indagini sperimentali sulla sifilide.* Berl. Klin. Woch., 1921, n. 9.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ARCISPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA - ROMA.
REPARTO CHIRURGIA.
Dott. TITO FERRETTI, primario e direttore.

Appendicite acuta da ascaride lombricoide

per il dott. ENRICO GARRONE, assistente chirurgo.

La presenza di vermi parassiti e delle loro uova nel tubo digerente si esplica con i fenomeni clinici più svariati, taluni anche così imponenti da impressionare e da richiedere l'intervento di urgenza (occlusione intestinale). Tra le varie affezioni causate da vermi nel tubo digerente vi è l'appendicite.

La cosa era stata osservata già dagli antichi, e se ne trova menzione negli scritti di Fabricio di Acquapendente e del Santorini.

Nell'appendice infiammata, come reperto di operazione (più raramente di autopsia) vennero trovati volta a volta ascaridi, ossiuri, tenie, tricocefali, echinococchi, bilharzie, e loro uova.

Ma si è lungamente discusso se esistesse un vero rapporto di causa ad effetto tra i vermi e l'appendicite, oppure se questi rappresentassero solamente un reperto accidentale, potendosi l'affezione spiegare con altro meccanismo, o trattandosi addirittura di pseudo-appendiciti, di sindromi cioè di aspetto clinico caratteristico, ma senza il parallelo anatomo-patologico, dileguatesi per lo più senza alcun intervento, spontaneamente o con la terapia antielmintica.

Le appendiciti elmintiche sarebbero causate più spesso da ossiuri: Rheindorf ammette che essi abbiano un'azione indiretta, cagionando lesioni dell'epitelio della mucosa, dalle quali origina l'infiammazione dell'appendice. Aschoff nega questa teoria, e cita in appoggio il fatto che ha ritrovato ossiuri in percentuale maggiore nelle appendici sane che in quelle malate, e inoltre che si tratterebbe di lesioni banali, non caratteristiche, dei tessuti. La sintomatologia sarebbe sempre di lieve entità: non febbre, non modificazioni del polso.

Ashhurst avrebbe veduto un caso di appendicite suppurativa al primo stadio con ossiuri nel lume appendicolare.

Suzuki e altri sostengono che la presenza dell'ossiuro nell'appendice è sempre accidentale e che ad altre cause sono imputabili le lesioni che vi si trovano.

Löwen e Benihard hanno frequentemente ritrovato ossiuri nella appendicite; talora il peritoneo conteneva una certa quantità di liquido sieroso più o meno torbido. Secondo questi autori la patogenesi dell'affezione è variamente spiegabile a seconda della quantità dei vermi (a parte il fatto che la loro presenza in piccolo numero sia accidentale): se gli ossiuri sono molti, si può pensare che sia ammissibile la teoria del vaso chiuso, se sono pochi, la teoria delle lesioni della mucosa. Si tratterebbe di attacchi lievi, o di forme croniche, mai di forme gravi.

Suzuki trovò rarissimamente fenomeni infiammatori, spesso invece dolori caratteristici, ma dati dalla presenza di vermi anche in altre sezioni dell'intestino. Tali dolori mancherebbero in caso di presenza di ossiuri nella sola appendice.

Bletchey osservò invece un caso di appendicite, seguito dall'intervento, che sarebbe stato, secondo lui, imputabile alla presenza di ossiuri nel lume appendicolare.

Whale ne cita un altro, ma non operato.

Nella statistica di Pullé su 140 appendici asportate chirurgicamente per attacchi acuti, si trovarono molto spesso ossiuri, mai ascaridi, ma solamente le loro uova (sei volte, ossia nel 14.28 % dei casi), una sola volta il tricocefalo (0.71 %).

Di questi casi, 15 sarebbero chiaramente dimostrativi per la capacità dei metazoi di produrre vere appendiciti.

Marziani cita una osservazione di peritonite da perforazione di appendice gangrenata; nel lume appendicolare eravi un calcolo formato da un enorme ammasso di uova di tricocefalo.

Se passiamo ora a considerare la parte che ha l'ascaride lombricoide in queste appendiciti, vediamo che esso entra in causa molto più raramente dell'ossiuro.

Anley lo vide in due pazienti; in uno, dopo un attacco appendicolare tipico si ebbe l'emissione di un verme; nell'altro, operato da Vidal Thorpe,

l'emissione del verme si ebbe durante la convalescenza.

Egli spiega questi attacchi con l'ipotesi che il verme, per la nota abitudine che ha di insinuarsi negli orifici, ostruirebbe l'appendice, cagionandone l'infiammazione catarrale.

Secondo Brun, che ha studiato a fondo l'argomento, l'ascaride, ospite abituale del tenue, può migrare nel crasso, nello stomaco, nell'esofago, ed anche passare nelle vie respiratorie. Le complicazioni chirurgiche da ascaride si verificano maggiormente nei paesi caldi, e nei bambini di povera condizione. Il numero dei vermi è vario: da uno o due isolati a parecchie diecine e centinaia. L'azione di essi è molteplice: talora tossica, talora inoculatrice, infettiva (localmente o a distanza, nel cieco, di dove poi l'infezione si diffonde all'appendice), talora meccanica, traumatica. Si può parlare di appendicismo, di false coliche appendicolari, non di vera appendicite.

La questione dell'appendicite da ascaridi, è stata ben riassunta da Railliet, che ad essa ha portato anche contributo personale di studi.

Un tempo si esagerò nel proclamare la grande frequenza dell'affezione. Statistiche di Railliet, Brumpt, Still, dimostrarono più tardi che mai si trovarono ascaridi nell'appendice resecata operatoriamente o nelle autopsie.

Poncel, Le Roi des Barres, Cantas, Genser, trovarono ascaridi nell'appendice, ma questa non presentava alcun lesione anatomica. In Cina il 96 % dei bambini è portatore di ascaridi; l'appendicite in essi è rarissima.

Da tutto ciò appare quanto poco frequente sia il reperto di ascaridi nel lume appendicolare e quanto sia difficile poter affermare che l'ascaride è causa diretta dell'appendicite acuta.

Reputo quindi che possa riuscire istruttivo riportare qui brevemente una osservazione clinica, la quale, a mio modesto avviso, contribuisce ad arricchire le nozioni esistenti in questo campo, ed inoltre, a causa della sua assoluta rarità, è degna di non essere trascurata.

D. M. di anni 6, da Roma. Precedenti familiari e anamnesi remota negativa. Da due o tre mesi soffre a vari intervalli di dolori addominali a tipo colico, accompagnati da vomito e stipsi, a sede non ben precisata dalla piccola paziente, che durano circa una giornata. Non fu notata mai emissione di elminti con le feci. Non possiamo sapere se vi fosse febbre.

Il 19 aprile 1927 il quadro si ripete violento, con febbre a 38° circa, e, come il solito, l'alvo è chiuso da qualche giorno e la paziente vomita a varie riprese. In queste condizioni viene ricoverata in ospedale alle ore 23.

L'e. o. non fa notare alterazione degli organi circolatori e respiratori, nè del sistema nervoso. La lingua è leggermente patinosa. L'addome modicamente tumido, meteorico, non presenta segni di versamento liquido libero. La palpazione fa apprezzare un aumento di resistenza del muscolo retto di destra e provoca vivo dolore nel punto di Mac Burney. Presente il segno di Rowsing.

Diagnosi clinica: appendicite acuta.

Procedo immediatamente all'atto operativo che eseguo a paziente in narcosi eterea. Incisione della parete addominale secondo Mac Burney. All'apertura del peritoneo parietale, si rinviene pus tenue in piccola quantità. Il cieco è congesto, e l'appendice, reperibile con facilità, è eretta, lunga circa 10 cm., iperemica e qua e là ricoperta di essudati fibrinosi; la sua consistenza è dura uniforme. Appendicectomia, affondamento del moncone con punti staccati di seta, emostasi accurata del mesenteriolo. Sutura completa della parete a piani.

L'esame dell'appendice asportata, sezionata, per il lungo esame che io pratico a intervento ultimato, dimostra che nel lume di essa, per tutta la sua lunghezza, è insinuata e adattata la metà caudale di un ascaride lombricoide, ancora semovente. Non si notano alterazioni apprezzabili della superficie della mucosa, all'infuori di un intenso arrossamento. Le pareti dell'appendice, sono fortemente infiltrate, segnatamente la mucosa, e non presentano raccolte di pus. Delle alterazioni della sierosa si è già parlato.

Diagnosi anatomica: appendicite acuta catarrale (parietale di Talamon) con reazione peritoneale suppurativa di vicinanza.

Decorso post-operatorio dei più normali: guarigione per primam della paziente che viene dimessa in ottava giornata. Non si nota durante la degenza in ospedale che la paziente abbia emesso vermi con le feci.

Ci troviamo di fronte ad una vera e propria appendicite, della quale tutto porta a pensare che l'agente etiologico sia stato rappresentato dall'ascaride.

Quale possiamo supporre sia stato il meccanismo patogenetico in questo caso?

Escluderei influenze tossiche: le alterazioni anatomiche ritrovate nell'appendice parlano nettamente per un processo infiammatorio di essa. Quindi infezione: dovuta a lesioni della mucosa? Probabilmente no, perchè queste non vennero rilevate dopo accurato esame; inoltre, sembra che l'ascaride, non abbia il potere di provocare coi suoi mezzi simili lesioni. Non restano che due ipotesi: la prima è che il verme abbia esercitato la funzione di semplice corpo estraneo; ma la permanenza necessariamente non prolungata del parassita nel lume appendicolare e la sua forma che perfettamente si adattava allo stampo della cavità dell'appendice e infine l'assenza di rilievi duri e scabri alla superficie del verme, rendono problematico l'intervento di questo meccanismo.

L'altra ipotesi è che si debba nel caso particolare attribuire valore alla teoria della cavità chiusa, nel senso, modificato da Donati, della occlusione temporanea del lume appendicolare e del

conseguente ristagno di materiali settici e loro riassorbimento per via linfatica.

Questa è appunto, dato lo svolgersi dei fatti e il reperto anatomico, la opinione alla quale ritengo dovermi attenere.

Un altro punto oscuro rimane da chiarire: la natura e la genesi delle coliche precedenti sofferte dalla paziente. Erano anch'esse coliche appendicolari? La causa di esse può farsi risalire allo stesso agente parassitario? La risposta a tali quesiti è ardua e non si può emetterla, all'oscuro come siamo di una anamnesi più circostanziata e data la mancata osservazione di vermi e di uova nelle feci. Questo però non toglie importanza al caso e non ne diminuisce il significato.

La terapia qui non poteva essere discussa. È bensì vero che alcuni (Aschoff, Pullè) consigliano la cura medica antielmintica (a meno di fatti acutissimi), quando però la diagnosi sia accertata, anche da un eventuale esame delle feci (Metchnikoff). Ma altri, come Ashhurst, si attengono invece all'intervento considerando la cura medica specifica soltanto come profilattica; Giardina anzi consiglia l'appendicectomia preventiva negli interventi per occlusione intestinale acuta da ascaridi, basandosi su di una osservazione personale, nella quale rinvenne le uova di questi elminti nell'appendice integra.

Quanto alla tecnica; essa non fu diversa da quella consueta, dato che si era misconosciuta la presenza del verme nell'appendice sino ad intervento ultimato. Ed è ciò che accadde anche in altri casi, analoghi dal lato operativo (Bacheca), nei quali però l'appendice era indenne da note infiammatorie. D'altronde l'estremo cefalico del verme, rimasto legato col moncone appendicolare, non poteva portare danno alcuno, tanto più che il moncone stesso venne affondato con cura. In tre casi (citati da Brun) di appendicectomia nel corso di operazioni per ernia inguino-scrotale, fu riconosciuto dall'esterno l'ascaride vivo e sospinto nell'appendice prima di allacciarla alla base; in un altro caso, prima venne allacciata e sezionata l'appendice, poi fu vista entro di essa una metà del verme; allora l'altra metà del verme venne respinta nel cieco dopo avere tolto il laccio del moncone appendicolare. Indi venne nuovamente eseguita l'allacciatura del moncone. L'infermo guarì. Ma mi sembra che, anche avendo avuto l'opportunità di riconoscere la presenza dell'ascaride nell'appendice asportata, prima di condurre a termine l'atto operativo, il voler manomettere l'allacciatura del moncone sia indaginoso e pericoloso a causa dei sempre possibili inquinamenti del campo operatorio da parte del contenuto intestinale settico.

CONCLUSIONI.

1) L'ascaride lombricoide può essere presente nell'appendice e causare una vera appendicite;

2) Questo evento è oltremodo raro;

3) Ne è opportuna però la nozione, per potere eventualmente associare all'intervento una cura antielmintica, ed agli effetti della stessa tecnica operativa.

LETTERATURA.

ANLEY. British med. Journ., 1906, p. 677.

ASCHOFF. Berlin. Klin. Woch., 1914, p. 1504.

ID. Ibid., 1921, 1° nov.

ASHHURST. American Journ. of the Med. Sciences, oct. 1909.

BACHECA. Policlinico, Sez. prat., 1926, p. 1707.

BLETCHEY. British med. Journ., 1924, p. 736.

BRUN. Policlinico, Sez. prat., 1912, p. 1481.

DONATI. *Chirurgia dell'addome.* U.T.E.T., Torino, 1914, p. 309 e segg.

DURANTE. *Patologia e terapia chirurgica.* Vol. IV. Albrighi, Segati e C., Roma-Milano, 1906, p. 131 e segg.

DUVAL in *Compendio di Patologia Chirurgica di Bégouin, ecc.* Trad. italiana. Vol. III. Vallardi, Milano, 1924, p. 528 e segg.

FORGUE. *Précis de pathol. externe.* Vol. II. Doin, Paris, 1922, p. 614 e segg.

GIARDINA. Policlinico, Sez. prat., 1926, p. 861.

LÜWEN u. BENIHARD. Münch. med. Woch., 1919, n. 50.

MARZIANI. Policlinico, Sez. prat., 1924, p. 514.

PULLÈ. Münch. med. Woch., 1925, p. 2127.

ID. La Clinica Medica Italiana, 1927, n. 1.

SUZUKI. Surg. Gynec. and Obst., 1915, p. 702.

WHALE. British med. Journ., 1906, p. 1100.

NOTE E CONTRIBUTI

È risolta la questione della eredità nei tumori maligni?

Dott. MARIO BIOGLIO (Roma).

Come è noto la questione fu lungamente controversa, e mentre fino a questi ultimi anni si è ammessa dalla maggioranza l'ereditarietà diretta non rara, il Congresso di Milano in base evidentemente a statistiche che sono, certo, accurate, ha quasi negato il fatto.

Dalla mia statistica, che ormai è abbastanza vasta, e che riguarda circa 20 anni di radiumterapia, ho tratto qui alcuni casi nettamente accertati, e lungamente seguiti, che per la loro singolarità mostrano che la questione non è chiusa ancora e che non sarà male in tutto ciò che rappresenta oggi la profilassi, e incarna la lotta contro i tumori maligni, tenere conto anche della eventualità di questo fattore non forse frequentissimo, ma sicuramente accertabile. Mi limito alla mia statistica personale senza letteratura e senza conclusioni.

A) Ho avuto occasione di curare un'intera famiglia del Comune di Selci. Il padre morì di cancro dello stomaco, la madre è guarita oggi da un cancroide del naso; di tre figli, un maschio ed una femmina sono guariti ambedue di cancroidi al viso.

B) Famiglia C. di Busto Arsizio. Essa è composta del marito, moglie e tre figli. La moglie, fin dalla nascita aveva una placca angiomatosa del palmo della mano; verso i 30 anni si ebbe evoluzione sarcomatosa, a decorso rapido; operata, recidivò a breve scadenza nelle glandule ascellari: l'esame istologico confermò trattarsi di angiosarcoma melanotico; nuove metastasi furono trattate con il radium con esito favorevole. Ha un maschio e due femmine.

Le due bambine, l'una di 9 mesi, l'altra di 4 anni, presentano placche angiomatose nerastre: la prima sulla coscia, l'altra al viso; il maschio ne ha una sul petto.

C) Famiglia M. di Reggio Emilia. La madre e tre sorelle sono state operate di fibromioma uterino, una quarta sorella l'ho curata io con il radio, della stessa forma.

D) Famiglia F. (Roma). Madre affetta da epitelioma della mammella, inoperabile, figlia con notevole miofibroma uterino. (Radiumterapia).

E) Famiglia Col. (Siena). Padre epitelioma del viso, figlia, miofibroma uterino. (Operato).

F) Famiglia Ca. (Roma). Padre epitelioma della prostata, figlio epitelioma del laringe.

G) Famiglia Cal. (Velletri). Sorella epitelioma dell'utero, fratello epitelioma della guancia. (Morti).

H) Famiglia Lui. (Taranto). Padre morto per cancro del retto, una sorella del padre è morta di un epitelioma mammario; di due figli viventi, uno è affetto da ulcera gastrica (?), l'altro da epitelioma della lingua.

I) Famiglia G. (Roma). Una zia morta di epitelioma mammario, dei tre nipoti, uno è morto per epitelioma della tonsilla, l'altro affetto da cancro della lingua

L) Famiglia B. (Roma). Nonno morto per epitelioma del retto, padre morto per tumore della lingua, figlio, epitelioma del labbro.

M) Famiglia Cin. (Roma). Padre, morto di epitelioma della lingua, figlia epitelioma a corazza del petto.

N) Famiglia Crist. (Sansevero). Madre e figlia morti per epitelioma della mammella.

O) Famiglia R. (Novara). Nonna epitelioma della mammella, nipote epitelioma del viso.

P) Famiglia G. (Gallese). Una zia epitelioma vescicale, nipote epitelioma utero, pronipote tumor cerebri, un'altra nipote fibromioma dell'utero.

Q) Famiglia R. (Roma). Padre morto per epitelioma del retto, figlio epitelioma della lingua.

R) Famiglia Fal. (Orvieto). Madre epitelioma della mammella, figlia adenoma della mammella.

Questi sono alcuni casi nella brutalità delle loro cifre, ed essi sono certo troppo pochi per assumere un valore troppo alto, nè io traggo alcuna conclusione, in merito.

Ma sicuramente fanno pensare.

E fanno egualmente pensare alcuni casi che pure occorrono nella pratica pure essendo meno frequenti e sono quelli di cancro *coniugale, primitivo*, quando cioè si possa escludere nell'una e nell'altra famiglia dei due coniugi la presenza del cancro.

Io ne ho due casi assolutamente certi:

A) Famiglia B. (Ascoli Piceno). Marito con epitelioma del viso e dell'orecchio, guarito con il Radium, moglie cancro dell'utero e della mammella: morta.

B) Famiglia S. (Bari). Marito operato di epitelioma del testicolo (esame microscopico), moglie cancro dell'utero (esame istologico).

Ragioni localistiche? Non sappiamo: ma una statistica esattamente ordinata potrà forse mostrarci che questi casi di *eredità e di coniugità* sono più frequenti di quello che si creda.

Roma, 3 febbraio 1928.

SUNTI E RASSEGNE.

FUNZIONI NERVOSE

L'origine del sonno.

(REGELSBERGER. *Deutsche Medizinische Wochensch.*, n. 44, 28 ottobre 1927).

Il sonno periodico si riscontra in tutte le specie animali ed è necessario per la vita. Si può in un certo senso regolare e forzare la periodicità del sonno per speciali condizioni di vita (in alcuni mestieri, durante la guerra), peraltro in un dato momento la forza istintiva diviene irresistibile.

Animali ed uomini (tortura cinese) impediti con la violenza di dormire muoiono dopo quattro o cinque giorni. Mentre è possibile sopportare assai più a lungo la fame senza morire.

Da ciò si deduce che il sonno ha per lo meno la stessa importanza, se non una maggiore in rapporto al mantenimento dello stato vitale che il nutrimento. La stanchezza fisica (fatica) non è la causa più importante per il sonno; infatti malati dopo lunga malattia e bambini (lattanti) dormono a lungo e ciò non è certo dovuto ad eccessivo affaticamento o stanchezza. Durante il sonno distinguiamo fenomeni cerebrali e fenomeni somatici. Tra i primi il più importante è la perdita di coscienza che non è totale in quanto che rimangono alcune percezioni. L'intensità della perdita di coscienza non è eguale per tutta la durata del sonno, ma si dimostra più intensa durante due periodi e cioè nelle prime e nelle ultime ore del sonno. Tra i fenomeni somatici rimarchiamo: la respirazione più profonda e lenta, il polso rallentato, la diminuzione di secrezione, l'abbassamento della pressione sanguigna, la temperatura abbassata, il metabolismo diminuito, nell'ultima porzione dell'aria espirata è aumentato il contenuto in CO_2, cioè diminuita l'irritabilità del centro respiratorio.

Quest'ultimo fenomeno insieme con certi processi degli organi interni dimostrano che durante il sonno l'organismo si trova molto sotto l'influenza del sistema vegetativo ed il vago prevale sul simpatico.

Infatti dei fenomeni soggetti all'attività del nervo (parti, attacchi epatici, ecc.) s'iniziano spesso durante il sonno.

Ricerche sui fenomeni somatici, in modo particolare nel contenuto di CO_2 nell'aria espirata dimostrano che anche dalla parte somatica si trovano due periodi durante i quali i fenomeni sopradescritti sono più accentuati e vengono a corrispondere ai due periodi dei fenomeni cerebrali più intensi.

Tutti questi fenomeni per la loro importanza pare debbano essere regolati da un gruppo cellulare nervoso — un centro. — Differenti autori hanno trovato che in quelle malattie caratterizzate da uno stato di sonno lungo e duraturo (encefalite letargica) si riscontrano lesioni alle pareti del III ventricolo e del talamo ottico. Probabilmente qui deve risiedere il centro del sonno. Le più antiche teorie sull'origine del sonno sono le meno probabili (anche quelle dell'intossicazione). Pawlow nel corso dei suoi nuovi esperimenti sui « riflessi condizionali » ha dimostrato che il sonno in certi casi si produce come dovuto ad un fattore d'inibizione su certe zone corticali. Dapprima trattasi d'inibizione locale che poi viene ad essere generale. Su questo fattore d'inibizione è basata anche l'ipnosi fatta a mezzo di « passe ». I movimenti ritmici, monotoni producono in questo caso l'inibizione in una zona corticale che diviene poi generale così da dare il sonno ipnotico ed anche la catalessi.

DUBINSKY.

I malesseri del primo sonno.

L. Gallavardin (*Lyon médical* e *Presse médicale*, 12 febbraio 1927) osserva che si tratta di malesseri svariati, ma che si possono raggruppare in quanto che il momento della loro comparsa è sempre lo stesso, cioè quello della perdita di coscienza all'inizio del sonno. È raro che ritardino e, ad ogni modo, si producono sempre nella prima ora. Non si producono che una sola volta, ma possono ripetersi ogni volta che l'individuo si addormenta ed anche, talora, all'inizio della siesta durante la giornata.

Talvolta episodici, si ripetono altre volte tutte le sere per un certo periodo.

Questi malesseri, strettamente stereotipati nello stesso malato variano dall'uno all'altro individuo e prendono l'aspetto di spasmi glottici, respiratori vari, apnea, extrasistoli, crampi, angoscie, ecc. Spesso sono male definiti ed unicamente subbiettivi, sicchè non si conoscono che in seguito al racconto del malato. Sembrano più frequenti durante il periodo medio della vita.

L'eziologia nè è incerta e così pure l'efficacia dei vari medicamenti proposti. Sembra che in alcuni individui, il brusco scatto nervoso, che accompagna la perdita di coscienza del sonno renda il sistema nervoso più sensibile ad alcune manifestazioni che sarebbero passate inavvertite oppure faciliti la produzione di fenomeni insoliti che sono vivamente avvertiti.

fil.

RICAMBIO MATERIALE.

La destrinuria: suo significato clinico.

(P. J. CAMMIDGE. *The Lancet*, 31 dic. 1927).

Il valore diagnostico di un eccesso di zuccheri riducenti nelle urine che risale, si può dire, alla scoperta della prova di Trommer, è certamente grande, ma non meno importante è la presenza nelle urine di anormali quantità di altre forme di carboidrati. L'amido e il glicogeno hanno caratteri fisici tali per cui è da ritenersi inverosimile la loro escrezione nelle urine, sebbene Leube in casi gravi di diabete abbia riscontrato una sostanza, che egli credette essere glicogeno, e Hirsch sostenesse che granuli di amido possono passare nelle urine dopo l'ingestione di amido crudo. Voigt non riuscì a confermare le esperienze di Hirsch, e Simon ha dimostrato che quanto Leube aveva trovato era dovuto a degenerazione glicogenica del rene; per cui la presenza occasionale di queste sostanze nelle urine è da attribuirsi a cause locali. I prodotti intermediari più alti della idrolisi e digestione dell'amido o del glicogeno, noti collettivamente col nome di destrine, sono colloidali e come tali non vengono verosimilmente escreti dal rene immodificati, ma le forme solubili più basse possono probabilmente passare nelle urine senza modificazioni apprezzabili. Esperimenti sugli animali hanno dimostrato che le destrine, che entrano in circolo, vengono escrete abbondantemente nelle urine. Voigt riscontrò che, dopo l'iniezione di amilodestrina negli animali, nelle urine ve ne era dal 10 al 28 % come acrodestrina; e questa è la forma, in cui abitualmente vengono escrete le destrine, indipendentemente dalla loro formula originaria, le più alte varietà andando incontro a modificazioni nei tessuti o durante il processo di eliminazione. In alcune circostanze dette modificazioni possono andare oltre, e infatti M. Allen ha trovato che iniezioni sottocutanee di grandi quantità di destrina possono dar luogo a escrezione di zucchero riducente, come pure di acrodestrina, sebbene piccole dosi non diano luogo a glicosuria.

Sorgente delle destrine urinarie. — Le destrine che compaiono nelle urine possono penetrare in circolo dalle vie digerenti, derivando allora dall'amido o possono prodursi nell'organismo durante il processo di fabbricazione o di scissione del glicogeno. Non v'ha dubbio che una grande percentuale dei carboidrati introdotti con gli alimenti, viene assorbita dall'intestino sotto forma di zuccheri semplici, ma non vi è alcuna prova che essi vengano interamente assorbiti in tale forma. In vitro non è possibile convertire in zucchero tutta la destrina, formatasi durante il processo di digestione dell'amido, e non v'ha dubbio che lo stesso avvenga nelle vie digerenti. Otto e v. Mering hanno dimostrato che carboidrati somiglianti alle destrine sono presenti nel sangue della vena porta, durante il periodo di assorbimento dei carboidrati; sembra in tal modo che le destrine immodificate vengano assorbite. La tolleranza della maggior parte degli animali per le destrine, somministrate per bocca, è alta, quantunque il limite reale e gli effetti di grandi dosi sembrino variare con le diverse specie. I conigli, per esempio, tollerano molto bene la destrina, sia per via orale che per via sottocutanea. Schwarz ha riscontrato, al contrario, che i topi emettono invariabilmente nelle loro urine carboidrati idrolizzabili, quando vengono nutriti con amido cotto; e Allen ha dimostrato che ciò non si verifica con una dieta di grano crudo. Howard e l'A. hanno trovato che le destrine somministrate per bocca sono largamente assorbite come tali nella circolazione portale, ma raggiunto il fegato esse vengono quasi completamente trattenute e soltanto tracce di esse passano nella grande circolazione. Se, tuttavia, le funzioni del fegato vengono alterate, previa iniezione sottocutanea di una piccola dose di un veleno epatico (ad es. fosfato di idrazina), i carboidrati idrolizzabili compaiono nella circolazione periferica in quantità anormale, e le destrine vengono escrete nelle urine. Sembrerebbe, perciò, che la tolleranza di un animale per le destrine, somministrate per bocca, sia in rapporto con l'attività funzionale del fegato, e che la destrinuria patologica alimentare debba considerarsi come espressione di una insufficienza epatica, non necessariamente grave, dato che la destrinuria può esser prodotta in individui perfettamente sani sovraffaticando il fegato. Willheim e Langer riscontrarono che la destrinuria può verificarsi in seguito alla somministrazione di levulosio o destrosio a persone sane. Più tardi Pekelharing e Van Hoogenhuyze dimostrarono che, se venivano ingeriti 175 gr. di zucchero di canna giornalmente per 4 giorni, la quantità di destrina escreta nelle urine aumentava da gr. 5,4 nel primo giorno fino a gr. 14,6 nel quarto giorno e che nell'ultimo giorno apparivano anche tracce di zucchero riducente. Esperienze riferite da Franke e Wagner tendono a rafforzare l'ipotesi che il fegato sia l'organo responsabile, perocchè, sperimentando sui cani, essi riscontrarono che, se venivano iniettate grandi dosi di glucosio per via intravenosa, intraperitoneale o rettale, in modo da evitare la via normale di assorbimento attraverso la circolazione portale, comparivano nel sangue, entro breve tempo, carboidrati idrolizzabili e, a mano a mano che essi aumentavano, vi era una diminuzione dello zucchero riducente fermentabile.

I disturbi del fegato, del pancreas e dell'ipofisi quali cause di destrinuria endogena. — Una escrezione anormale di carboidrati nelle urine, indipendentemente dalla dieta, può essere prodotta sperimentalmente negli animali in diversi modi. È stato visto che l'iniezione sottocutanea di una piccola dose di fosfato di idrazina dà luogo a destrinuria alimentare nei conigli, malgrado la loro grande tolleranza per le destrine. Ulteriori esperienze hanno dimostrato che, se i conigli vengono tenuti a digiuno e una seconda dose maggiore viene iniettata 24 ore più tardi, la percentuale di zucchero riducente nel sangue diminuisce e la proporzione dei carboidrati idrolizzabili aumenta, mentre questi ultimi compaiono nelle urine, dato che la funzione epatica viene progressivamente lesa dal veleno; finchè, poco prima della morte dell'animale, circa 2/3 dei carboidrati totali del sangue possono consistere di sostanze idrolizzabili non riducenti e soltanto 1/3 di zucchero riducente. In queste circostanze i carboidrati idrolizzabili nel sangue e nelle urine possono avere soltanto una origine endogena e probabilmente derivano dal glicogeno immagazzinato nel fegato, e che quest'ultimo, leso dal veleno, non riesce a trasformare completamente fino ai normali prodotti terminali dello zucchero. I disturbi funzionali del pancreas costituiscono, probabilmente, una causa più comune di destrinuria endogena: la destrinuria di origine epatica si manifesta soltanto in uno stadio avanzato, mentre quella di origine pancreatica si verifica precocemente. Esperienze dell'A. e Semon hanno dimostrato che, producendo nei cani una pancreatite subacuta, mediante iniezione di una piccola quantità di trementina nel dotto pancreatico, entro 24 ore compare nelle urine una quantità eccessiva di carboidrati idrolizzabili non riducenti, sebbene gli stessi effetti non si abbiano se la medesima iniezione viene fatta nel dotto biliare comune. Ulteriori esperienze sugli animali, fatte dall'A. in collaborazione con Forsyth e Howard, hanno dimostrato che la diminuzione sperimentale della secrezione interna pancreatica, prodotta mediante l'asportazione parziale della glandola, dà luogo costantemente a un aumento della proporzione dei carboidrati idrolizzabili nel sangue a digiuno e a una escrezione di destrina nelle urine, e, inoltre, a mano a mano che il controllo del pancreas sul metabolismo dei carboidrati viene reso ancor meno efficiente mediante l'asportazione di maggiori porzioni di glandola, l'eccesso di carboidrati idrolizzabili nel sangue è gradualmente sostituito da iperglicemia e la destrinuria da glicosuria di crescente intensità. Una terza causa possibile di destrinuria endogena è una difettosa glicogenolisi, avente origine da fattori anormali, che esercitano sul processo metabolico dei carboidrati effetti contrari a quelli esercitati dalla secrezione interna del pancreas, per modo che, pur essendo quest'ultima normale, vi è tuttavia una deficienza funzionale relativa. Esperienze hanno confermato che l'adrenalina ha un'azione fisiologica antagonista a quella dell'insulina.

Un eccesso di una di queste due sostanze nel sangue può avere, perciò, gli stessi effetti che una corrispondente deficienza della secrezione interna del pancreas. Una destrinuria dimostrabile è difficile a prodursi sperimentalmente con iniezioni di queste due sostanze, ma sembra verosimile che l'iperattività dell'ipofisi, e probabilmente anche delle glandole surrenali, debbano considerarsi quali possibili cause di destrinuria patologica, a giudicare dallo spiccato eccesso di destrine riscontrato nelle urine e di carboidrati idrolizzabili presenti nel sangue di acromegalici esaminati dall'A. Influenze nervose (ad es. la stimolazione del vago) possono, altresì, avere qualche importanza nella produzione della destrinuria, in alcune circostanze particolari.

La destrina urinaria è insolubile in alcool ed etere, e in soluzione acquosa viene precipitata dai sali solubili di mercurio o di piombo, ed è precipitata altresì dalle soluzioni fortemente alcaline dai sali di rame. La destrina urinaria purificata non contiene azoto e, secondo l'analisi fatta dall'A., contiene: C 43,8 %, H 6,2 % e O 50 % con una probabile formula $(C_6H_{10}O_5)_n \cdot C_5H_9O_5$.

Metodi di ricerca della destrina. — Molti dei metodi di ricerca finora usati per svelare la presenza della destrina nelle urine non vanno esenti da possibili errori, mentre altri sono poco pratici per gli scopi clinici. È meglio usare il metodo quantitativo; l'A. descrive dettagliatamente il metodo adottato nel suo laboratorio, metodo che non dà risultati degni di fiducia in presenza di levulosio, maltosio o lattosio e non dovrebbe adottarsi quando vi è più del 0,10 % di destrosio. In questo caso è necessario usare la modificazione del processo di Jolles per la determinazione del pentosio, che l'A. ha descritto nel 1913 sotto il nome di « coefficiente iodico dell'urina ». Una escrezione di destrina che ecceda i 150 mmgr. nelle 24 ore può considerarsi come anormale.

Significato clinico dei carboidrati idrolizzabili non riducenti nelle urine. — Sebbene non sia esatto di considerare come destrine tutti i carboidrati idrolizzabili non riducenti, che si riscontrano nelle urine e nel sangue, tuttavia è conveniente in pratica di considerarli come tali, perocchè, quale che sia la loro esatta composizione chimica, la presenza di un eccesso di tali sostanze ha il medesimo significato clinico e sta ad indicare un

precoce disturbo del metabolismo dei carboidrati. La natura del disturbo può essere determinata, tuttavia, mediante altre prove complementari, dato che la destrinuria, come la glicosuria, non è caratteristica di alcuna particolare deficienza. La destrinuria alimentare, come è stato detto, sta ad indicare un disturbo anabolico ed è associata a deficienze funzionali del fegato, mentre la destrinuria endogena risulta da un disturbo catabolico e più frequentemente derivà da una deficienza, assoluta o relativa, della secrezione interna del pancreas, sebbene a volte può essere prodotta da lesioni distruttive avanzate del fegato.

Una diagnosi differenziale parziale può farsi paragonando la percentuale di destrina in un campione di urine emesse dopo un digiuno di 6 od 8 ore, con la percentuale in un campione di urine raccolte durante le 3 o 4 ore dopo un pasto misto; ma il risultato così ottenuto dà solo dei valori all'ingrosso. Risultati più precisi, per quanto riguarda la causa di una destrinuria patologica, si ottengono determinando la percentuale dei carboidrati idrolizzabili (valore differenziale) e dello zucchero riducente nel sangue, a digiuno, e nuovamente a intervalli di un'ora, dopo un pasto di prova contenente amido cotto. Riproducendo graficamente i risultati così ottenuti si possono distinguere 3 tipi di curve: 1) curva a tipo epatico; 2) curva a tipo pancreatico; 3) e un terzo tipo di curva, in cui si nota che la quantità dei carboidrati idrolizzabili nel sangue, a digiuno, non è eccessiva, ma a mano a mano che la percentuale dello zucchero riducente aumenta dopo il pasto, vi è un corrispondente aumento dei carboidrati idrolizzabili e poi una diminuzione di essi a mano a mano che lo zucchero ritorna verso il valore a digiuno.

Mediante queste prove complementari è possibile formarsi un concetto circa la causa immediata di una destrinuria, e dai sintomi clinici, valutati insieme con altre analisi del sangue, delle urine e delle feci, spesso può diagnosticarsi l'origine della condizione morbosa. I suddetti metodi di indagine sono altresì utili, in quanto che permettono di scoprire una deficienza del metabolismo dei carboidrati in uno stadio assai più precoce, di quanto non sia possibile con altri metodi. La diagnosi precoce di disturbi pancreatici è particolarmente importante, in quanto essi possono dar luogo al diabete, se non curati. In casi di deficienza della secrezione interna del pancreas l'A. ha riscontrato che la destrinuria precede costantemente di mesi e, a volte, di anni la comparsa della glicosuria. La diagnosi precoce di disturbi del metabolismo dei carboidrati, dovuti a insufficienza relativa della secrezione interna del pancreas, offre migliori possibilità di istituire una cura radicale di quanto non sia possibile, invece, quando si tratti di una insufficienza assoluta. La destrinuria, dovuta a disturbi della funzione epatica, può esistere per diversi anni, senza che si sviluppi un diabete, sebbene la presenza non rara di levulosio, pentosio e simili sostanze riducenti nelle urine porti a una diagnosi errata. L'A., in alcuni casi, ha notato lo svilupparsi di una glicosuria alimentare quale conseguenza di una destrinuria dovuta a insufficienza epatica, ma sempre in individui al di là della media età. Ed è significativo, inoltre, che la destrinuria alimentare può riscontrarsi in uno o più dei membri più giovani di una famiglia, in cui vi è una storia di glicosuria, per lo più di media intensità, che si manifesta in età avanzata.

N. MARZO.

TERAPIA.

Trasfusione del sangue.

(N. JAGIÉ. *Wien. Klin. Woch.*, n. 50).

La pratica della trasfusione del sangue non è nuova, ma non ebbe nei tempi passati gran diffusione, perchè, servendosi del metodo indiretto, di sangue cioè defibrinato o citrato, per via endovenosa, si verificavano frequentemente fenomeni di intossicazione. Il sangue con la aggiunta del citrato di sodio viene chimicamente alterato e l'azione tossica è maggiore quando la quantità del sangue iniettato è rilevante. Per tali ragioni ora si usa quasi esclusivamente il metodo diretto, utilizzando il sangue umano. Le esperienze sul sangue di animali sono assai limitate; le piccole quantità di sangue di cavallo (30 a 50 cmc.), per via endovenosa, con l'aggiunta di siero fisiologico sono state ben tollerate.

Eseguendo ora, come generalmente si fa, le trasfusioni con sangue umano, è necessario attenersi ad alcune norme, trascurando le quali potrebbero aver luogo gravi conseguenze ed anche la morte improvvisa del paziente. Secondo le ricerche di Landsteiner è indispensabile una esatta scelta del datore, perchè i corpuscoli rossi trasfusi nel sangue del paziente possono determinare fenomeni tossici; occorre quindi evitare la emolisi.

Esistono nel sangue delle varietà individuali sistematicamente ricercate dal Landsteiner e posteriormente da Jasky e Moss.

Dal punto di vista sierologico si può ritenere l'agglutinazione come il primo gradino dell'emolisi, in rapporto alla quale ed all'agglutinazione per il sangue umano si possono dividere gli individui in 4 gruppi. Perchè il fenomeno della agglutinazione e dell'emolisi avvenga bisogna am-

mettere che nel siero siano contenute l'agglutinina e la sostanza agglutinabile, detta agglutinogeno, contenuta negli eritrociti; agglutinazione ed emolisi avvengono solo quando l'agglutinina del siero si adatta all'agglutinazione degli eritrociti. Si distinguono oggi generalmente due diverse agglutinine (α e β) e due diversi agglutinogeni (A e B); la agglutinina α, nel senso della agglutinazione e dell'emolisi, agisce solo quando vi è un agglutinogeno A. La agglutinina si sviluppa nel corso della vita e manca quasi del tutto nei neonati, mentre l'agglutinogeno è già definitivamente formato fin dalla nascita.

Per la esatta scelta del datore valgono i seguenti dati:

1) gli eritrociti del datore non debbono essere agglutinati dal plasma e dal siero del paziente; all'agglutinazione potrebbe seguire l'emolisi;

2) non ha alcuna importanza il fatto che gli eritrociti del ricevente siano agglutinati dal siero del datore.

Per la combinazione delle due coppie di agglutinina e di agglutinogeno il Moss stabilisce altri 4 gruppi.

Gruppo I. Nel sangue di questi individui non sono contenute agglutinine, e però essi possono senza pericolo ricevere il sangue di individui di tutti gli altri gruppi.

Gruppo IV. Gli eritrociti di questi individui non hanno agglutinogeno e tali individui sono datori per gli altri di tutti i gruppi; quelli del gruppo IV possono ricevere il sangue solo da individui dello stesso gruppo.

Gruppo II. Gli individui che appartengono a questo gruppo sono datori per il I e II gruppo e possono ricevere dai gruppi II e IV.

Gruppo III. Gli individui di questo gruppo sono datori per il gruppo I e III e possono ricevere sangue da quelli del gruppo III e IV.

Tecnica per la determinazione dei gruppi. In base ai lavori di Maritsch e Neumüller sui sieritipo, la prova dell'agglutinazione e quindi la determinazione dei gruppi è di assoluta semplicità. Come si è veduto, il ricevente di un determinato gruppo può ricevere il sangue da un datore dello stesso gruppo o dal gruppo universale, cioè dal IV; è però conveniente servirsi del datore dello stesso gruppo, perchè, adoperando il sangue di individui di gruppo diverso, è facile intervengano intense reazioni. Questo metodo è il più importante ed il più corrispondente allo scopo di scegliere il datore; ma ve ne sono ancora altri e fra questi quello proposto e descritto recentemente da Clemens, che completa quello del sierotipo ed utile quando di questo non si possa disporre.

Per evitare possibili reazioni la maggior parte degli autori raccomanda la cosidetta prova biologica, che consiste nel trasfondere 10 cmc. di sangue ed attendere per 2 minuti, nel quale spazio di tempo, in caso di intolleranza, insorgono gravi fenomeni (stato di angoscia e collasso) ed allora bisogna sospendere la trasfusione; nel caso contrario può essere eseguita senza alcun timore. Serbando tutte queste cautele, non vi è nella trasfusione alcun pericolo di speciale reazione, la quale clinicamente consiste nell'aumento della temperatura e lieve ittero, che scompariscono in uno o due giorni. Altre reazioni possono esser date dal trasporto di albumina estranea al corpo (orticaria, edemi fugaci, herpes, ecc.), ma non occorre per queste alcuna speciale terapia.

Azione della trasfusione del sangue. Questa è una terapia di sostituzione: gli eritrociti permangono attivi nel sangue del paziente per varii giorni, fino a 2 o 3 settimane, ciò che è stato confermato dalle osservazioni cliniche: si ha migliore riempimento vasale, una migliore sanguificazione degli organi, specialmente del midollo osseo e nel sangue periferico i segni di una elevata rigenerazione.

Altre azioni della trasfusione sono: aumento della formazione degli anticorpi, elevazione dell'agglutinina del siero.

Per quanto riguarda l'età del datore son da preferirsi i soggetti giovani, ma anche gli individui ipertonici dai 40 ai 55 anni hanno dato eguali risultati.

Riguardo alla tecnica poco è a dire. La quantità del sangue da trasfondere va, in generale, dai 400 ai 500 cmc., mai più di un litro, poichè vi potrebbero essere dei pericoli tanto per il datore quanto per il paziente. Volendosi solo una azione stimolante basterebbero anche 100 o 200 cc.

Indicazioni. 1) Le oligoemie acute e le anemie consecutive a trauma, nel parto, negli atti operativi, nelle grandi perdite di sangue, nei processi ulcerosi gastro-intestinali, nelle gravi emottisi ed anche nei casi di schock da paralisi vasomotoria.

2) Anemie croniche: anemie croniche postemorragiche (dello stomaco, dell'intestino, miomi e simili).

È necessaria come preparatoria prima di una operazione chirurgica, specialmente nei casi di cachessia da tumori.

È da raccomandarsi anche nei casi gravi di clorosi, specialmente nella cosidetta anemia aplastica; nelle gravi anemie consecutive ad infezioni a sepsi, a lue, a malaria cronica e sopratutto nell'anemia perniciosa emolitica di Biermer, nei quali casi si sono ottenuti risultati superiori a quelli di tutti gli altri mezzi precedentemente adoperati. Con la trasfusione si prolunga la durata delle remissioni (da 6 mesi a parecchi anni) e si

sono talora avuti risultati ottimi anche in casi addirittura disperati. Effetto immediato della trasfusione nell'anemia perniciosa è il rilevante miglioramento dell'appetito, l'aumento delle forze come della capacità lavorativa, ecc. Dopo la terza o quarta trasfusione si nota un aumento degli eritrociti, del tasso dell'emoglobina, dei leucociti e delle piastrine. Migliori di tutte le altre cure specifiche sono poi i risultati della trasfusione nell'anemia perniciosa dei luetici; bisogna però riconoscere che poca o nessuna è la sua azione nelle complicanze del sistema nervoso, cioè nei processi degenerativi del midollo spinale con fenomeni tabetici. Nella anemia perniciosa può essere anche utile la trasfusione contemporaneamente al trattamento con la dieta epatica.

Un campo importante per l'indicazione della trasfusione è nella sintomatologia della trombopenia, dello stato morboso indicato oggi col nome di porpora trombopenica, quasi corrispondente al morbo maculoso di Werlhof. In queste forme morbose si riscontra il risultato ematologico della deficienza delle piastrine, espressione di una insufficienza dei megacariociti nel midollo osseo. Anche nelle trombopenie sintomatiche sotto forma di infezioni settiche la trasfusione rende ottimi servigi, come in generale nelle forme più svariate di trombopenia.

Nelle varie malattie settiche, acute e croniche, è anche indicata la trasfusione, quando nel decorso di esse si determina una grave anemia; agisce allora sia come terapia di sostituzione, sia come terapia stimolante. In simili casi è difficile stabilire se essa abbia una azione diretta sul processo settico.

Sono poi da ricordare specialmente quei casi di malattie settiche nelle quali si verifica la scomparsa dei granulocisti (agranulosi), la quale non è propriamente una forma morbosa *sui generis*, ma il sintoma di una grave lesione del midollo osseo, che può verificarsi nelle varie infezioni batteriche (stafilo- strepto- meningococchi). L'A. riferisce un caso in cui nel decorso di una grave angina necrotica si constatò una straordinaria riduzione di leucociti (200 in un mmc.) con la presenza nel sangue dello *Staphylococcus mucosus*. Insieme ad un'iniezione di salvarsan fu praticata una trasfusione, alla quale seguì dopo poco tempo un aumento notevole di leucociti, una vera leucocitosi, con neutrofilia. Dopo alcune settimane l'esame del sangue era normale e la guarigione era avvenuta.

Sono di grande interesse le osservazioni sulla favorevolissima azione della trasfusione in una tipica emofilia (Moritsch, Kubanyi) in cui si riuscì a frenare delle gravissime emorragie.

Fra le malattie del sangue nelle quali è da escludere la trasfusione, l'A. ricorda le leucemie, specialmente quelle croniche sotto forma di mielosi e linfadenosi; giacchè, come è stato anche confermato da altri autori, possono aver luogo intense e gravi reazioni. Nella mielosi e nella linfoadenosi vi è quindi la diretta controindicazione per la trasfusione.

Non così per le leucemie acute sotto forma della cosidetta leucemia mieloblastica, la quale non è da ritenere più come una vera leucemia, ma come una reazione mieloica durante il decorso di una malattia settica (Sternberg).

Anche negli avvelenamenti da ossido di carbonio e da gas illuminante, come in quelli emolitici, può esser tentata la trasfusione, avendo la precauzione di far precedere un salasso.

La trasfusione è stata anche eseguita in casi di gravi scottature con buonissimo risultato e si può dire che essa abbia potuto conservare la vita a molti pazienti.

Un'altra applicazione della trasfusione è quella interessantissima di Walzel in un caso di necrosi acuta del pancreas con imponente cianosi, in cui si ebbe un immediato cambiamento del colorito ed un miglioramento della dispnea.

Anche nell'ulcera gastrica e duodenale senza speciale anemia si ottenne, secondo alcuni AA., una sensibile diminuzione delle sofferenze.

Sono infine degne di nota le comunicazioni fatte dai chirurghi americani e specialmente da Opitz sulla trasfusione nei poppanti e nei bambini. Moll ha riferito sui risultati ottenuti nelle gravi anemie alimentari dei poppanti come nella diatesi emorragica nelle forme settiche, nelle cistopieliti accompagnate da piuria; in questi casi furono trasfusi circa 15 cmc. di sangue per kg. di peso del corpo. Si ebbe sempre rapido miglioramento dello stato generale ed aumento del peso del corpo. Fu quasi costantemente adoperato il sangue dei genitori, ben tollerato; l'azione della trasfusione fu duratura, secondo i controlli eseguiti sul sangue anche dopo un anno.

L'A. ha potuto constatare nel corso delle sue esperienze, che possono talvolta avvenire degli incidenti impressionanti anche quando la scelta del datore e la tecnica siano state perfette, e ad evitare tali pericoli raccomanda sempre la prova biologica. Secondo numerose osservazioni pare che i casi di morte improvvisa o subito dopo la trasfusione, siano dovute al fatto che la quantità di sangue trasfuso sia stata eccessiva in individui assai dissanguati: in queste gravi oligoemie acute il siero del datore non viene sufficientemente diluito e quindi avviene un'emolisi negli eritrociti del paziente. È allora necessario, prima di procedere alla trasfusione, di aumentare la

massa sanguigna del paziente con soluzione fisiologica.

Nei casi di morte improvvisa l'autopsia ha dimostrato l'occlusione dei canalicoli uriniferi con coaguli di albumina, necrosi del parenchima epatico, iperplasia delle capsule surrenali.

L'A. ricorda pure fra i pericoli della trasfusione la possibilità del trasporto della lue, per cui è necessario praticare in tutti i casi la reazione Wassermann. Debbono poi essere esclusi come datori gli individui affetti da malaria cronica. Per la scelta del datore bisogna esser sempre scrupolosi e precisi nell'assegnazione dei gruppi prima di procedere ad una trasfusione.

L'A. è pienamente convinto che nella trasfusione del sangue, come oggi va praticata, e quando ne è ben determinata l'indicazione, noi abbiamo un aiuto veramente efficace ed importante.

DE CHIARA.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

P. GILIBERTI. *Gastropatie e gastroenterostomia.* (Studio clinico, radiologico, operativo). Con 12 figure originali. Editore L. Pozzi, Roma, 1928. L. 15.

È questa la XIX monografia della collezione del *Policlinico* che il solerte ed istancabile editore L. Pozzi ha destinato alle *attualità medico-chirurgiche.*

Gastropatie e gastroenterostomie: l'argomento non è certamente nuovo, tuttavia sono di grande attualità e di sommo interesse per il chirurgo molte delle questioni che vi si connettono e principale fra queste, l'intima cooperazione del medico, del radiologo e del chirurgo, che oramai, nelle così dette *malattie di confine,* non dovrebbero procedere che con l'accordo più stretto ed intelligente. Le indicazioni per l'intervento, oggi sempre più estese per la precisione e la finezza delle indagini; la scelta del momento più opportuno per eseguire l'operazione, che la chimica clinica e biologica confortano di dati preziosi; la scelta del metodo; le particolarità e gli avvedimenti della tecnica chirurgica tanto perfezionata e pur tanto semplicizzata, sono presi in speciale considerazione dall'A. e trattati magistralmente.

Precede un breve cenno storico sulla gastroenterostomia, dopo il quale l'A. fa una rapida rivista della fisiologia gastro-duodenale e della fisiopatologia dopo la gastroenterostomia.

Questo studio basamentale gli consente di esporre ed analizzare con acume e competenza degna del più vivo encomio il campo sempre più vasto delle indicazioni per il geniale atto operativo.

L'ulcera gastro-duodenale; le stenosi intrinseche del piloro e quelle estrinseche (peripiloriti e periduodeniti); lo stomaco a clepsidra; la gastroptosi primaria; la gastrosuccorrea; il cancro del piloro, formano oggetto di studio accurato, che offre un quadro sintetico nitido e preciso dello stato attuale dei singoli argomenti.

Con l'autorità che gli viene da un largo esercizio, associato ad un equilibrio critico non comune, l'A. passa in rapida rassegna i metodi operatori principali, illustra quello di Petersen (dell'ansa corta) al quale dà la preferenza indiscussa ed espone poscia, illustrandoli con ottime figure dimostrative, alcuni dei casi della sua pratica personale.

Savie indicazioni e norme per il *periodo pre* e *post operativo* rendono ancora più pratica ed interessante questa bella monografia, che in sole 125 pagine, stampate con quella eleganza editoriale al quale ci ha oramai abituati il Pozzi, permette ad ogni medico di mettersi al corrente delle questioni del giorno più discusse e che più attraggono l'interesse degli esperti.

T. FERRETTI.

CHIRAY M. e PAVEL I. *La vescicule biliaire.* Vol. in-8°, pag. 568. Masson e C., 1927. Fr. 70.

I moderni concetti attribuiscono una grande importanza alla patologia propriamente vescicolare, concezione edificatasi in base ai numerosi lavori pubblicati in questi ultimi anni nel mondo intero e ai quali gli AA. di quest'opera hanno contribuito notevolmente.

Il volume può considerarsi una monografia completa sulla vescichetta biliare. Dopo un'esposizione anatomo-fisiologica, vi si trovano raccolti i metodi di esame (prova dell'escrezione vescicolare provocata, radiografia, ecc.) le sindromi vescicolari e tutta la patologia vescicolare. Seguono poi interessantissime considerazioni terapeutiche sia mediche che chirurgiche.

Gli AA. non si sono limitati a riunire solo i principali lavori chè anzi sono citati documenti interessanti e fatti clinici fin'ora non raggruppati a causa del loro differente carattere.

Larga esposizione gli AA. hanno dato ai nuovi metodi usati per l'esplorazione vescicolare, particolarmente alla prova di Meltzer-Lyon, alla quale Chiray ha consacrato numerosi lavori.

Altre questioni studiate da vari autori in memorie speciali sono qui messe al loro posto reale, quali ad es. il volvolo della vescichetta, la peritonite biliare senza perforazione, i parassiti vescicolari, le malformazioni congenite e le conseguenze della colecistectomia.

A. POZZI.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

H. WARREN CROWE. *Bacteriology and Surgery of Chronic Arthritis and Rheumatism.* Oxford Medical Pubblications, 1927.

Il libro fa parte della collana di Monografie scientifiche edite dall'Università di Oxford. L'A., che aveva già pubblicato un altro lavoro sull'argomento, in questo si occupa specialmente della parte batteriologica giacchè è sostenitore della teoria microbica delle artriti croniche. Benchè egli appoggi questo concetto con un numero grandissimo di reperti e dati di laboratorio ed anche di esperienze cliniche (circa 450 malati); non riesce a dissipare completamente lo scetticismo che tale concetto accoglie nella maggior parte dei medici. È però lavoro di gran cura e completezza che si legge con piacere, anche per la parte chirurgica redatta da Herbert Frankling, in cui sono diffusamente trattati e discussi con molto acume gran parte dei metodi di cura chirurgica.

VITTORIO GHIRON.

R. MUHSAM. *Was kann und wenn muss der praktische Arzt operieren?* G. Thieme, Lipsia, 1928.

È un trattato di piccola chirurgia e chirurgia d'urgenza, di poca mole (114 pagine) in cui l'A. espone con termini chiari, alla portata anche di chi sia digiuno di nozioni chirurgiche, la tecnica (per sommi capi) e le cautele principali da seguirsi nei piccoli interventi che anche il medico, soprattutto nei piccoli centri lontani dai grandi Ospedali, deve saper condurre da sè. Egli dimostra molta fiducia nel medico giacchè gli affida anche il trattamento operatorio delle appendiciti e delle occlusioni intestinali in cui anche il chirurgo provetto può trovarsi davanti a difficoltà non lievi. È un libro che riuscirà certo di molta utilità al pratico ed ai medici condotti.

VITTORIO GHIRON.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

XXVI Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

18-21 dicembre 1927.

Il Congresso fu convocato nella R. Clinica Ostetrico-Ginecologica al Policlinico Umberto I.

Il Vice-Presidente della Società prof. sen. ERNESTO PESTALOZZA lesse il discorso inaugurale e commemorò degnamente il Presidente della Società prof. ARTURO GUZZONI DEGLI ANCARANI, mancato ai vivi nell'agosto passato.

Il prof. MICHELI segretario della Società commemorò il prof. VINCENZO LAURO già professore d'ostetricia a Cagliari ed il prof. TESAURO ricordò il dott. PITIMADA della Clinica di Napoli pure mancati ai vivi.

Le sedute scientifiche furono iniziate subito dal prof. GIACOMO AYMERICH (Perugia) con la lettura della sua Relazione sul tema:

Innesti ovarici.

Conclusioni. — Allo stato attuale non è lecito dallo studio dei casi clinici sinora conosciuti trarre conclusioni sicure sull'efficacia dell'innesto ovarico nella donna.

L'innesto autoplastico dà, manifestamente, la maggiore probabilità di successo e deve essere sempre eseguito nelle operazioni demolitrici, in donne nell'età sessuale. L'esperienza ci dirà in seguito, se sia più opportuno, qualora sia possibile, lasciare l'ovaio *in situ* o procedere all'innesto, oppure lasciarne uno e innestare l'altro.

Per quanto riguarda l'innesto omoplastico indubbiamente sono stati osservati casi favorevoli, che lasciano adito a molte speranze. Dati i buoni risultati ottenuti da alcuni in determinati casi, e per indicazioni definite, bisogna convenire che è doveroso per il ginecologo servirsi di questo mezzo, tanto più che esso è innocuo, se si segue il metodo extraperitoneale.

È preferibile e quasi sempre possibile ricorrere all'innesto omoplastico anzichè all'omeoplastico.

Ogni discussione sulla possibilità di ritardare la vecchiaia con l'innesto ovarico è prematura. La questione deve considerarsi in esperimento.

Sono da tenere nella massima considerazione i tentativi in questo senso con gli innesti pluri-ghiandolari.

Fecero comunicazioni sul tema stesso della Relazione:

Prof. OLIVA (Genova). — *Su 83 trapianti di organi* praticati dal 1924 sulla donna: 63 autotrapianti con ovaia fresche o conservate, 16 omotrapianti placentari pure con pl. fresca o conservata, 2 pluriglandulari, 2 eterotrapianti con ovaia conservata di mucca.

Indicazioni: furono disfunzioni ovariche della pubertà, del periodo sessuale, le ipoplasie, le tur-

be da castrazione, la iperinvoluzione puerperale, i carcinomi inoperabili.

Risultati. — Una azione provocatrice o regolatrice della funzione mestruale, un miglioramento dell'infantilismo. Ebbe anche 6 gravidanze delle quali 1 dopo trapianto di ovaio conservato. L'azione sulla funzione mestruale è temporanea, si mantiene per 1 o 2 anni. Dopo tornano le turbe mestruali se non riprende l'azione normale degli organi propri della ricevente. Nelle carcinomatose i trapianti ovarici e placentari freschi o conservati diedero spesso miglioramenti transitori delle metrorragie, dei dolori, delle perdite fetide.

Dott. MADRUZZA (Perugia). — *Ricerche sull'attecchimento degli innesti ovarici.* — Seguendo il concetto di una eventuale presenza di reazioni immunitarie dovute al tessuto ovarico innestato, l'O. ha tentato di modificare lo stato immunitario ricorrendo alle iniezioni endoperitoneali di dosi massive di olio di oliva prima dell'innesto. I risultati non furono evidenti, se si eccettua quello di una certa tendenza al riassorbimento dell'innesto.

Dott. ALDO MARTINOLLI (Perugia). — *L'influenza della somministrazione di estratti ipofisari e della irradiazione dell'ipofisi sull'attecchimento degli innesti ovarici.* — Ha eseguito una serie di trapianti ovarici omoplastici su conigli di cui alcuni venivano trattati con iniezioni di Ipofisasi Serono, altri sottoposti ad irradiazione ipofisaria ed i rimanenti tenuti come controllo. Non ha osservato alcuna azione sia del trattamento ipofisario sia dell'irradiazione dell'ipofisi sull'attecchimento e l'esame istologico degli innesti.

M. MASSAZZA (Genova). — *Sui risultati ottenuti con la inclusione di tessuto ovarico fissato.* — Seguendo il procedimento proposto da D. Maragliano, l'O. ha praticato la inclusione di lembi di tessuto ovarico fissato a lungo con una soluzione di formalina al 10 % per turbe da ovaroprivazione seguite a castrazione chirurgica, per disfunzione utero-ovarica da ipoplasia genitale congenita, per amenorrea da iperinvoluzione uterina.

I risultati furono in generale scarsi, limitandosi a miglioramento subbiettivo-transitorio nelle turbe psichiche e vaso-motorie da ovaro-privazione.

L'O. ritiene che non si possa dare al procedimento in parola altro valore che quello di una speciale modalità di opoterapia.

Dottori MARTA e MAURIZIO (Padova). — *L'innesto sanguigno quale mezzo terapeutico in ostetricia e ginecologia.* — Gli OO. ricordano gli studii precedenti del Jaworski sull'argomento e di altri per l'innesto sanguigno, non ad ottenere il ringiovanimento, ma come capace di agire sopra l'alterata secrezione ghiandulare oltre che sul sistema ematopoietico in soggetti debilitati. Furono evitati con questi innesti di piccole quantità di sangue omogeneo i pericoli dell'emolisi, della anafilassi e dell'agglutinazione. I soggetti offrirono indicazione all'innesto per *metrorragie della pubertà*, per *anemia grave* anche acuta da *placenta previa*. In tutti si ebbero buoni risultati. Nelle metrorragie della pubertà si ebbe costantemente la cessazione delle perdite di sangue. Nelle anemie si ebbero pure buoni risultati. Gli OO. studiano il meccanismo d'azione di simili piccoli innesti sanguigni, la scelta del donatore, le incompatibilità sanguigne, ecc., dimostrano l'utilità così delle trasfusioni di piccole quantità di sangue in confronto delle copiose alle quali finora si è fatto ricorso.

Il tema di relazione offrì argomento di discussione:

Il prof. OLIVA (Genova) conferma i vantaggi clinici degli innesti omoplastici. Crede che le guarigioni per seconda intenzione delle ferite per i trapianti sieno dovute a incompatibilità sanguigna. La facile reazione generale dopo l'innesto sarebbe pure segno di mancata affinità sanguigna fra donatore e ricevente.

Il prof. PETTINARI riferisce sue esperienze e quelle di CASTIGLIONI e LAZZARINI sull'azione di piccole dosi di estratto, su quella del pretrattamento, su quella delle piccole dosi di siero di sangue. Per la sede dell'innesto insiste per quella in sede o nelle immediate vicinanze quando possibile. Il così detto ringiovanimento è sperimentalmente dimostrato per l'O. e merita ulteriori studi.

Il dott. CALVANICO riferisce dalle sue esperienze che l'innesto ovarico va in regressione, esaurito, quando venga praticato su soggetti con ovaia anatomicamente alterate. Al contrario il risultato dell'innesto è buono se è fatto per correggere sindromi di disfunzione di ovaia anatomicamente sane.

Il prof. ALFIERI a differenza del R. crede, che non debbano esser considerate controindicazioni all'innesto ovarico i gradi elevati di ipoplasia uterina e l'infantilismo genitale pur totale, quando si tratti di soggetti giovani, nei quali si può attendere dall'innesto anche una buona influenza sullo stato costituzionale. Dal punto di vista pratico crede l'O., che non importi sapere se l'azione dell'innesto fu o no temporanea, perchè essa vale sempre a togliere i disturbi più gravi dell'improvvisa carenza. Crede perciò che anche nel campo ginecologico si debba aver fiducia nella pratica degli innesti ovarici.

Segue il prof. GAIFAMI con la relazione sul tema:

Distacco prematuro di placenta normalmente inserta.

Si occupa il R. del distacco prematuro sulla base della letteratura e di oltre 400 casi inediti offertigli da Cliniche italiane e straniere.

Frequenza: varia secondo il criterio clinico od anatomico: in media 2 %.

Mortalità materna: 9 %, fetale 80 %.

Albuminuria nell'80 % dei casi.

Eclampsismo nel 15 % dei casi.

Pluriparità nell'80 % dei casi.

Tendenza all'aumento dei casi negli ultimi anni.

Diagnosi facile se non si vuole siano presenti tutti i sintomi in ogni caso. Medici pratici, e levatrici per solito non fanno la diagnosi e per lo più credono a plac. previa.

Constatazioni anatomiche. — Dalla formazione di circoscritto ematoma retroplacentare all'apoplessia utero-placentare con fessure esterne uterine e liquido ematico libero nel peritoneo e partecipazione emorragica di tutto l'apparato genitale.

Patogenesi. — Trauma fisico, psichico, malattie generali infettive, nefrite cronica, diatesi emorragiche, intossicazione acuta quasi equivalente eclampsico, sono i momenti patogenetici. L'Hofbauer ha aperto un nuovo campo di ricerche patogenetiche con quelle sull'istamina.

Profilassi. — Si ottiene con vita igienica della gravida, con curarne le malattie che predispongono al distacco, con l'interrompere la gravidanza nelle nefritiche (aborto sterilizzazione).

Cura. — Deve essere eclettica: talora basta la sorveglianza. Nella maggioranza dei casi occorre lo svuotamento dell'utero fatto però non violentemente (lacerazioni del collo). Bisogna temere le emorragie post-partum, dovute talora all'incapacità dell'utero a contrarsi, per le quali necessario è il tamponamento quasi in ogni caso nel post-partum.

Necessaria, quando possibile, la *ospedalizzazione* della gravida.

A *domicilio* la cura è più incerta nell'esito: combattere il collasso, bendaggio addominale, stimolare le contrazioni uterine, preparati ipofisari, se non si vuol dare ergotina, adrenalina. Vale poco il tamponamento vaginale ante-partum.

Utile la rottura artificiale delle membrane secondo Mangiagalli.

L'intervento potrà comprendere la dilatazione del collo, se non rigido, e l'estrazione fetale.

Potrà valere il taglio cesareo vaginale se il collo è rigido: meglio però il taglio cesareo addominale.

Per via vaginale estrarre il feto meglio con craniotomia.

La mortalità nell'intervento vaginale è del 22 per cento, in quello addominale è del 14 %.

La demolizione dell'utero può esser necessaria nell'apoplessia uterina per la quasi sicura mancanza della retrazione e contrazione uterina nel post-partum e l'emorragia mortale. Non si deve abusare dell'isterectomia precesarea.

La isterectomia alla Porro è preferibile alla isterectomia con affondamento del peduncolo uterino.

L'anestesia nell'intervento può esser regionale della parete addominale e dei parametri. Non si deve dimenticare nei casi gravi la trasfusione sanguigna.

Alla relazione seguì l'esposizione di comunicazioni individuali di argomento affine.

Dott. REVOLTELLA (Bari). — *Ricerche sperimentali sulla genesi del distacco intempestivo di placenta.* — Tali ricerche furono rivolte allo scopo di conoscere l'agente eziologico del distacco acuto e confermarono i reperti ottenuti dall'Hofbauer mediante iniezione di istamina estendendone l'importanza, facendo intravedere la possibilità di applicazioni pratiche.

Dott. REVOLTELLA (Bari). — *L'istamina nella placenta, nel sangue della gravida e del feto.* — Le sue ricerche fanno concludere all'O. che nella eclampsia e nel distacco acuto di placenta la presenza dell'istamina (che mancherebbe invece nelle donne normali, mentre sarebbe presente nel sangue del feto), oltre a spiegare in modo soddisfacente i vari fenomeni che a queste entità cliniche si accompagnano, potrebbe costituire un nuovo punto di partenza per lo studio della patologia gravidica.

Dott. FRONTICELLI (Roma). — *Distacco prematuro di placenta normalmente inserta alla Maternità dell'Ospedale di San Giovanni.* — Distingue le forme di media gravità dalle gravi. Per queste ultime riferisce su 50 casi osservati in una cifra complessiva di 25 mila partorienti. La mortalità materna fu del 6 per cento. La sifilide entra come fattore patogenetico importante dell'accidente. Per la cura fa vedere i buoni risultati dell'intervento addominale nell'apoplessia uterina. Ad utero contrattile risultò buona la via vaginale.

Prof. RIZZATTI (Modena). — *Sull'uso della segala cornuta prima del parto nella cura del distacco placentare.* — L'O. che nel Congresso del 1926 trovò forti opposizioni alla proposta di un uso razionale della segale in queste forme di distacco placentare, rileva che in questo Congresso le opposizioni sorgono meno tenaci contro la sua proposta, che anzi trova qualche consenso. (Guicciardi, Gaifami ed altri).

Prof. BOMPIANI ROBERTO e dott. STILON (Roma). — *Ricerche sul distacco intempestivo della placenta nelle coniglie.* — Hanno provocato con iniezioni endovenose di ossalato di sodio nefriti interstiziali nelle coniglie, acutizzandole al momento voluto con iniezione di estratti placentari.

Conclusioni: 1) l'esaurimento degli animali così trattati rende difficile l'insorgere della gravidanza; 2) se questa si stabilisce facile ne è l'interruzione con mummificazione dei feti prematuri od espulsione dei maturi; 3) si possono così produrre sperimentalmente distacchi placentari anche con reperto di emorragie nella spessezza delle pareti uterine; 4) la nefrite cronica stabilita nelle coniglie risulta la causa prima e maggiormente efficiente per il distacco placentare sperimentale.

Vivissima discussione provocò questo tema di relazione. Vi presero parte:

Il prof. PESTALOZZA per mettere in rilievo l'importanza del lavoro del prof. Gaifami che esce dalla Scuola di Roma.

Il prof. SANTI (Trieste) il quale domanda al R. se abbia trovato rapporti fra distacco placentare intempestivo ed eclampsia, in quanto, se tali rapporti non mancassero, ci si dovrebbe guardare di

adoperare medicinali contrattili come la segale nel distacco per non provocare dopo questo l'eclampsia nella stessa paziente. L'O. crede che solo nella lesione della parete uterina che si accompagni al distacco placentare sia giustificata la demolizione dell'utero. Crede la cesarea Porro meglio indicata in tali casi della isterectomia subtotale.

Prof. SOLIERI (Forlì). — Riferisce di un suo caso nel quale la contrazione uterina sopra il distacco placentare gli parve così energica da far credere all'esistenza di un fibroma inesistente. L'O. pensò ad una tetania circoscritta. Nel distacco placentare non crede indicata la isterectomia precesarea, che ad ogni modo, essendo il feto morto, non ha il valore della vera precesarea fatta per sepsi a feto vivo.

Prof. CLIVIO (Genova). — Ritiene che la lesione renale abbia parte importante nella patogenesi del distacco placentare, anche se il fatto tossico-ovulare rappresenti poi la causa determinante. A proposito dell'uso della segale cornuta nel distacco placentare ricorda le belle ricerche del prof. Luigi Acconci che dimostrarono che la droga a piccole dosi non dà quei danni che le si attribuiscono.

Prof. CQVA (Palermo). — Domanda al R. notizia circa l'età delle colpite dal distacco placentare, che per suo ricordo crede sempre piuttosto avanzata e che in tal caso avrebbe importanza patogenetica data la maggior friabilità vasale nelle gravide anziane. Circa la frequenza regionale del distacco, l'O. riferisce che esso è rarissimo a Palermo.

Prof. TESAURO (Napoli). — Ricorda che recenti ricerche vorrebbero che il principio attivo dell'ipofisina sarebbe l'istamina. Domanda così al R. se fu considerata la provenienza appunto dell'istamina dall'ipofisi. Tale ipotesi avrebbe valore anche terapeutico.

Prof. BIGNAMI (Cremona). — Nella patogenesi del distacco placentare intempestivo vuol si dia valore al fattore psichico, al trauma psichico specialmente. Riferisce casi clinici che dimostrerebbero tale importanza.

Prof. MICHELI (Roma). — Mette in evidenza la frequenza del distacco, da lui trovato una volta su 500 parti invece che su 90 come nella Clinica di Bari, la non alta mortalità materna (6 %), il rilievo della maggior spessezza della parete uterina sopra il distacco placentare, da lui già osservato ed illustrato nella sua comunicazione dell'anno scorso allo stesso Congresso, l'importanza patogenetica della sifilide e la giusta tendenza nella cura di largheggiare nell'intervento addominale.

Il dott. D'APRILE (Roma) domanda che si venga ad una conclusione circa l'uso dell'ergotina nel distacco placentare per non lasciare incertezze nella pratica professionale. Domanda se il R. abbia osservato fatti di apoplessia uterina anche al di fuori del distacco placentare, come egli osservò in un caso alla Clinica di Roma, ed infine domanda al R. quale egli creda sia l'importanza delle lesioni vasali nel distacco placentare per alcuni massime, per altri minori, intendendo allora tali alterazioni vasali come dovute solo alla pluriparità.

Il prof. ALFIERI (Milano) ricorda l'importanza patogenetica del fatto tossico-gravidico per il distacco placentare. Osserva però che il fatto tossico è più frequente nelle primipare ed il distacco nelle pluripare. Per questo bisognerebbe ammettere oltre il fattore tossico una predisposizione legata alla pluriparità, alle lesioni vasali, alle alterazioni del miometrio delle pluripare. L'emorragia maggiore o minore a seconda che il distacco placentare fu incompleto o completo può esser spiegata come lo è per l'emorragia nel secondamento patologico, a seconda che la placenta è incompletamente o completamente distaccata pur se ritenuta. Per la cura della puntura delle membrane ne riconosce l'efficacia già messa in evidenza dal prof. Mangiagalli. Crede debba esser consentita una certa larghezza nel taglio cesareo per la cura del distacco placentare alla tecnica demolitrice, anche per la considerazione, che l'utero sede del distacco, se conservato, potrà per le sue lesioni esser meno atto a nuova gravidanza regolare. Nella demolizione crede preferibile la tecnica del Porro.

Comunicazioni individuali.

Dott. RIO LUIGI (Modena). — *L'esame funzionale del sistema nervoso vegetativo nelle varie fasi della vita sessuale muliebre compiuto sulle stesse donne.*

Prof. BACIALLI LUIGI (Camerino). — *Sull'esistenza della menotossina.* — In base alle sue ricerche l'O. pensa che una tossina mestruale o menotossina, contenuta nel siero di sangue ed in altre sedi della donna mestruata, non sia dimostrata. Crede i noti fenomeni mestruali connessi con le variazioni di N, di C, di CO_2, con la calcemia e ipercolesterinemia mestruale, con la particolare attività del corpo luteo e dell'ovaio, con le funzioni variate della tiroide e del metabolismo basale.

Dott. DE CANDIA (Bari). — *La riserva alcalina nell'anestesia.* — Conclusione: Durante la necrosi eterea, cloroformica o l'anestesia rachidea si ha abbassamento della riserva alcalina che non raggiunge mai lo stato dello squilibrio acido-basico e dopo 24 ore si ha ritorno alla norma. Scarsa influenza ha la durata della narcosi e scarse sono le variazioni dipendenti dal tipo dei narcotici adoperati. Pertanto l'O. crede che l'acidosi post-operatoria svelata dalla riserva alcalina è un'acidosi compensata.

Dott. MOMIGLIANO (Roma). — *Metaplasia ed atipia sperimentale dell'epitelio uterino.* — Con proiezioni dimostra che con corpi estranei nella cavità uterina nell'epitelio dell'endometrio si sono provocate alterazioni simil carcerose per una costante metaplasia negli epiteli. L'O. pensa che uno stimolo meccanico che venga a turbare l'equilibrio funzionale degli organi ai quali è affidato il compito di inibire uno sviluppo autonomo delle cellule possa anche condurre a determinare una reazione locale ad evoluzione maligna.

Discussione.

Prof. CLIVIO (Genova). — Ricorda un'osservazione clinica che dà importanza alle belle ricerche dell'O. In un polipo apparentemente benigno si trovarono metaplasia dell'epitelio cilindrico ed alterazioni epiteliali che ricordano quelle dell'O.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — Trova giusta la riserva dell'O. circa la non identificazione delle alterazioni da lui trovate con quelle cancerigne, anche perchè quelle regredirono rimossa la spiga d'avena, ma le sue ricerche hanno importanza sicura a dimostrare l'efficienza dello stimolo nella formazione delle alterazioni epiteliali identiche a quelle cancerose. Resta a vedere se la soppressione ad es. di organi protettivi contro l'invasione del cancro non valga a cambiare la metaplasia in cancro vero e proprio.

Prof. ALFIERI (Milano). — Mette in rilievo la presenza nelle microfotografie proiettate dall'O. dei rapporti alterati fra epitelio e connettivo con la scomparsa di ogni membrana basale ed anche di un grande numero di figure cariocinetiche, anche atipiche.

Prof. SOLIERI (Forlì). — Nota la rassomiglianza fra le figure istologiche proiettate e quelle delle leucoplasie della mucosa orale e di quella delle vie urinarie.

Dott. MOMIGLIANO (Roma). — Risponde ai varî OO. illustrando i suoi reperti e dimostrando l'opportunità delle sue riserve nella loro interpretazione.

Dott. ORRÙ (Sassari). — *Le alterazioni dell'endometrio in seguito al trattamento con catrame.* — Ricorda la letteratura dell'argomento ed i risultati delle sue ricerche e ritiene che i reperti da lui esposti rappresentino uno dei primi stadi di proliferazione delle cellule per effetto del catrame, in rapporto con la qualità e con l'intensità e durata dello stimolo.

Dott. RIO LUIGI (Modena). — *La vitamina della fertilità. Influenza dell'avitaminosi sui genitali interni e sull'apparato endocrino.*

Dott. MENEGHINI (Camerino). — *Azione del laudano sull'utero.* — Conclude che il cloruro di laudano presenta azione contrattile anche sulla muscolatura uterina in diretto rapporto con la sua concentrazione.

Prof. SPINELLI M. (Napoli). — *I valori attuali della radiodiagnostica ginecologica con speciale riguardo all'utero-salpingo-grafia.* — Dimostra i suoi reperti ed afferma che la facilità delle iniezioni di sostanze medicamentose nel tratto utero-tubarico e nel peritoneo pelvico esperimentata almeno col lipiodol indirizza questo metodo anche alla sua utilizzazione per la cura delle malattie infiammatorie delle salpingi e del peritoneo pelvico.

Dott. TIERI (Napoli). — *Un nuovo strumento per l'iniezione di liquidi opachi nella metro-salpingo-grafia.* — Trattasi di un istero-iniettore occlusivo ideato dall'O. e da lui presentato al Congresso ed illustrato a dimostrare l'utilità della occlusione da essi attuata nell'iniezione endouterina di liquidi opachi.

Prof. MASSONE (Genova). — *Contributo alla radiumterapia in ginecologia.* — Dimostra i buoni risultati ottenuti con l'actinoterapia combinata e con la sola radiumterapia in casi di carcinomi uterini, di meno- e metrorragie.

Prof. BIGNAMI (Cremona). — *La radioterapia nei fibromi uterini.* — Crede che nei fibromi la radioterapia s'imponga come trattamento classico e che il chirurgo non debba più farla ignorare alla donna fibromatosa.

Discussione.

Prof. OLIVA (Genova). — Bisogna essere cauti nell'applicazione della radioterapia nei fibromi. In certi casi essa è utile mentre è dannosa in altri, specie nelle giovani. Se è controindicato l'atto operativo, può ben essere adoperata: talora può renderlo possibile più tardi.

Prof. ALFIERI (Milano). — Si va persuadendo sempre più verso la preferenza per l'intervento chirurgico, che può spesso permettere la miomectomia. Oramai limita la Röntgenterapia ai fibromi delle donne vicino alla menopausa, fortemente emorragici e di necessità a quelle nelle quali le condizioni generali vietano la cura chirurgica.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — Ricorda che nel Congresso Radiologico riferì su 120 miomectomie da lui eseguite senza un insuccesso. Può contare su molte gravidanze seguite a miomectomie senza alcun incidente di parto. Si associa perciò alle conclusioni del prof. ALFIERI.

Prof. SANTI (Trieste). — La miomectomia se deve avere le nostre preferenze, deve anche esser fatta per netta indicazione e per pochi nodi fibrosi: non per molti, la cui asportazione lascerebbe un utero a funzione apparente e pericolosa.

Prof. MICHELI (Roma). — Le controindicazioni alla radioterapia dei fibromi sono molte. All'O. è toccato di operare uteri fibromatosi prima trattati da radiologi competenti. Ha così trovato diffusi focolai necrotici che parve si potessero mettere in rapporto con la radioterapia. In qualche caso fu il ritorno grave della menorragia quella che obbligò all'intervento chirurgico. Questo molte volte permise la miomectomia alla quale tre volte seguì gravidanza. Operò con buon esito anche miomectomie in gravidanza cui seguì regolare il parto. Riconosce che la miomectomia debba avere precise indicazioni. In un caso ebbe emorragia secondaria subito dopo miomectomia.

Prof. BIGNAMI (Cremona). — Non ebbe occasione di praticare miomectomie perchè i tumori venuti alla sua osservazione avevano grosso volume. Della radioterapia l'O. è contento: non solo ne ottenne vantaggi per l'emorragia, ma per la progressiva riduzione dell'utero che in un caso ebbe a constatare iperinvoluto. Mai ebbe ad osservare degenerazioni maligne sull'utero trattato con la radioterapia. L'O. è d'accordo con gli altri oratori circa la necessità di stabilire precisamente le indicazioni e controindicazioni della radioterapia. (*Continua*).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Porte accessorie e porte aberranti nella cirrosi epatica.

Le porte accessorie sono quelle piccole vene che si portano al fegato per anastomizzarsi con quelle della porta. Esse furono così chiamate dal Sappey, il quale le distinse in cinque gruppi, a seconda del loro percorso: 1) gastro-epatiche; 2) cistiche; 3) i *vasa vasorum* dei vasi e dei dotti presso l'ilo; 4) le venule del legamento sospensore; 5) le paraombellicali.

Le teorie classiche ritenevano questi gruppi accessori di vene capaci di stabilire il circolo collaterale di compenso nella cirrosi epatica.

A. Fabris (*Riforma Med.* n. 31, agosto 1927) porta il contributo delle sue ricerche anatomo-patologiche della circolazione collaterale nella cirrosi.

Egli ha osservato tanto all'autopsia come con le iniezioni di liquido colorato, che lo scarico da parte del fegato cirrotico intasato si compie secondo il seguente ordine: vene del legamento rotondo, e loro diramazioni, risalenti lungo il terzo anteriore del legamento falciforme; venuzze che dal lobo sinistro si portano al diaframma, lungo il legamento triangolare sinistro; venuzze del legamento coronario, della metà posteriore o dorsale del falciforme, delle eventuali sinechie e del legamento triangolare destro.

Quelle che sono notate dall'A. e non menzionate da altri sono le venuzze del legamento triangolare sinistro, dall'A. dette epato-triangolari sinistre. Queste vene si possono considerare come « porte aberranti » ed hanno una funzione opposta alle porte accessorie, in quanto queste portano il sangue al fegato, e quelle invece hanno funzione epato-fugale. Tali vene esistono più o meno sviluppate anche nel fegato normale.

Le venuzze del legamento coronario ecc. in un fegato ascitico possono stabilire la circolazione tra il letto portale intraepatico e il sistema delle cave. Hanno scarso valore pratico per il loro esile calibro; però sono risparmiate dal processo cirrotico, perchè attraverso il fegato si portano alla capsula.

CARUSI.

Uno studio sperimentale sulla teoria linfatica della pancreatite.

Kaufmann (*Surg. Gynec. and Obst.*, n. 1, gennaio 1927). Usando una soluzione di trypan bleu in gelatina, nei cani, dopo anestesia Kodama (*Surg. Gynec. and Obst.* n. 2, agosto 1926), dimostrò: 1) che l'iniezione nella parete della prima parte del duodeno porta direttamente nella parete della cistifellea; 2) e viceversa l'iniezione nella parete della cistifellea porta alla parete della seconda parte del duodeno, e ad una linfoglandola situata all'inizio della vena porta. I linfatici dalla cistifellea vanno sopra il pancreas ma non dentro a questo a meno che la cistifellea vi sia aderente; 3) le iniezioni nella seconda e terza parte del duodeno, ceco e colon ascendente non conducono alla vescichetta biliare ma alla glandola della vena porta, mentre dal resto del canale intestinale vanno nelle linfoglandole regionali solite. Kodama concluse che il duodeno e la vescica biliare possono per via linfatica infettarsi con facilità, ma queste ricerche costituiscono però un forte argomento contro la teoria linfatica della pancreatite emessa da Deever secondo cui questa deriverebbe nel più dei casi da una infezione per via linfatica derivante da malattie della cistifellea. Kaufmann ha ripreso questi esperimenti, ed iniettando germi nelle pareti della cistifellea è riuscito a formare ascessi nelle linfoglandole superficiali del pancreas, ma in nessun caso ebbe pancreatite. Resta quindi fortemente scossa la dottrina dell'etiologia linfatica della pancreatite.

L. TONELLI.

CASISTICA.

La malattia di Heine-Medin.

La malattia di Heine-Medin è l'espressione sintomatologica della localizzazione sull'asse cerebro spinale del virus filtrabile di Landsteiner e Dopper, identificato e studiato da Flexer e Noguchi (*Mensi Clinica ed Igiene Infantile*, 15 nov. 1927).

Le vie d'ingresso sono: l'apparato digerente e le vie respiratorie; giunge attraverso le vie linfatiche al sistema nervoso.

Il germe si diffonde con la saliva sia degli ammalati, come dei portatori, o con le escrezioni.

Colpisce generalmente i bambini da 1 a 3 anni specie nella stagione estivo-autunnale, e può essere epidemica o sporadica.

Il processo flogistico si localizza nelle corna anteriori del midollo spinale, del rigonfiamento cervicale e lombare, nella sostanza grigia del midollo e del cervello, nelle radici e corna anteriori ed anche nella sostanza bianca.

La sintomatologia si conforma al processo anatomico.

La diagnosi è facile a malattia conclamata, più difficile quando i sintomi iniziali accennano ad una forma gastrica, reumatica, nevralgica o meningea.

Prognosi riservata. Il trattamento è profilattico e curativo.

Profilassi: isolamento per 6 settimane dei malati, dei portatori, dei convalescenti, e di chi è stato a contatto con gli ammalati. Disinfezione delle escrezioni, degli oggetti, delle abitazioni. Chiusura delle scuole. Iniezioni di siero di convalescenti, di scimmie inoculate, istillazioni nasali degli stessi sieri, come per l'immunizzazione attiva antidifterica.

Terapia: puntura lombare, iniezioni endorachidee di mezzo cc. ad 1 cc. di soluzione al millesimo di cloridrato di adrenalina da ripetersi ogni 5-6 ore; o iniezione nel rachide di sieri (15-20 cc.) di convalescenti, di scimmie o di cavalli immunizzati; insieme con la somministrazione di urotropina.

La cura, che dà migliori risultati è quella di Bordier (1921): applicazione ad un tempo della radiumterapia, diatermia ed elettroterapia, che si pratica con la corrente galvanica continua, cominciando con basse intensità.

Inoltre può farsi insieme anche il massaggio, movimenti passivi degli arti paralizzati, idroterapia, elioterapia, ed una cura alimentare igienica, tonica, eutrofica. BALDARI.

La paralisi facciale periferica sifilitica precoce.

M. Artom (*Il Dermosifilografo*, ott. 1927) osserva che la paralisi facciale periferica è possibile nel corso del periodo secondario della lues; è precoce, in quanto che appare nei primi mesi dell'infezione, coincidendo con l'esplodere delle manifestazioni secondarie o succedendo immediatamente ad esse.

Essa è eziologicamente legata all'infezione sifilitica e patogeneticamente deve farsi risalire o ad una nevrite periferica del facciale od all'azione di una meningite secondaria che comprima il nervo o si propaghi su esso, od infine ad una compressione nel canale di Falloppio per una periostite o periostosi sifilitica secondaria o terziaria precoce.

La sindrome clinica di tali paralisi è paragonabile a quella della paralisi facciale periferica a frigore. Le branche superficiali sole, od anche le profonde possono essere interessate, si può avere una paralisi totale riferibile a nevrite del facciale o una paralisi solo inferiore dovuta a lesione encefalica.

Nell'un caso e nell'altro, la prognosi è favorevole e essenzialmente diversa da quella della paralisi facciale periferica tardiva, potendosi ottenere in breve tempo la *restitutio ad integrum* con una terapia specifica intensa.

fil.

Le cosidette paralisi ostetriche.

Intorno alla essenza delle paralisi ostetriche, varie teorie sono state enunciate: secondo alcuni esse sono il risultato di una lesione del plesso brachiale, secondo altri invece dipendono da un traumatismo articolare dell'omero; vi sono infine quelli che credono si tratti dell'una e dell'altra lesione associate.

J. Riosalido (*La Medicina Ibera*, 24 dic. 1927) vuol portare un poco di luce nella quistione: senza negare le lesioni nervose egli mette in rilievo l'esistenza di lesioni capsulari od anche epifisarie da lui riscontrate in tutti i casi studiati. Di maggiore importanza sono le ultime inquantochè sono dei distacchi epifisari, vere e proprie fratture del collo dell'omero. Il moncone del braccio appare tumefatto, dolente alla pressione e ai movimento, inerte, rotato all'interno. È sopratutto sui sintomi clinici che si deve fondare la diagnosi specie nei bambini di pochi giorni di vita: l'esame radiografico non è dimostrativo fino a due o tre mesi di età, epoca della ossificazione del punto epifisario.

Con l'andar del tempo, il persistere della rotazione interna fa sì che i muscoli petto omerali divengano retratti, duri, mentre gli esterni sono flaccidi. I pazienti non sono capaci di realizzare la supinazione omerale.

Trattandosi adunque non di semplice lesione nervosa ma di essa e di lesione capsulare e perfino ossea, si rende necessario un trattamento adatto per le paralisi ostetriche. Del tutto insufficienti sono i massaggi che per lo più vengono soltanto prescritti: si correggerà invece la posizione dell'arto superiore in abduzione e rotazione esterna e la si manterrà per mezzo di apparecchi che saranno rimossi dopo un tempo sufficientemente lungo. VICENTINI.

TERAPIA.

Come si pratica la cura solare.

Valagussa in una memoria compilata per l'Opera per la protezione della Maternità ed Infanzia, dà le norme che si devono seguire nel praticare la cura solare. Egli osserva innanzi tutto che il grande segreto nella riuscita della cura solare sta nel *dosaggio* dei tempi di esposizione che convengono ai bambini a seconda dell'età e della costituzione. Il dosaggio si fa aumentando progressivamente la durata di esposizione e la superficie esposta.

Il periodo preparatorio potrà considerarsi finito quando la pelle avrà assunto una pigmentazione buona (colore bruno-marrone), con che si ottiene la protezione assoluta dai raggi solari contro gli

inconvenienti di essi (arrossamento, vesciche, colpi di calore, colpi di sole).

Nei bambini al *disotto di due anni* occorrono circa tre mesi di cura preparatoria prima di arrivare alla cura solare completa, mentre per i ragazzi al di sopra di quattro anni il periodo preparatorio potrà essere di una o tre settimane.

Questo periodo preparatorio rappresenta già dell'elioterapia efficace, ma la pigmentazione avviene in tempi diversi a seconda dei bambini ed a seconda del tempo di permanenza del sole sull'orizzonte.

La stagione migliore per iniziare la cura solare è quella primaverile.

I bambini rispetto all'elioterapia si debbono distinguere in tre categorie.

1) Al disotto di 16 mesi.

2) Da sedici mesi a due anni.

3) Da due anni fino a sette anni.

1) *Al disotto di sedici mesi.*

Il sole si deve somministrare a dosi infinitesimali fra i sei mesi ed i sedici, e queste piccole dosi debbono essere date per molti giorni. Il capo deve essere sempre ben coperto con un copricapo leggero.

Per due settimane (1ª e 2ª) si esporranno i bambini per 15 secondi col torace al sole e per 15 secondi col dorso al sole.

Per due settimane (3ª e 4ª) si esporranno i bambini per 30 secondi come sopra.

Per due settimane (5ª e 6ª) un minuto il dorso, un minuto il torace e l'addome.

In seguito si potrà aumentare di un minuto di 15 in 15 giorni.

2) *Da sedici mesi a due anni.*

Riesce difficile di tenere fermi i bambini a questa età, si lasceranno perciò muovere al sole coperti di una *combinazione di cotone.*

3) *Da due a sette anni.*

Si copre il bambino con una combinazione di cotone e si espongono al sole nei modo seguente le differenti parti del corpo abbassando la combinazione.

Gambe e braccia: 5 minuti al giorno durante 8 giorni.

Gambe e braccia: 10 minuti.

Petto e cosce: 5 minuti, durante tutti i giorni della seconda settimana.

Gambe e braccia: 15 minuti.

Petto e cosce: 10 minuti.

Dorso e addome: 5 minuti, ogni giorno dalla terza settimana.

Completamente nudi: 20 minuti, tutti i giorni dalla quarta settimana.

Dopo la quarta settimana il ragazzo può rimanere al sole senza limite fisso di durata se la pigmentazione bruna della pelle si è compiuta.

Altrimenti le esposizioni saranno aumentate di soli 20 minuti al giorno.

4) *Da sette anni in poi.*

Si copra il ragazzo con un accappatoio e si faccia distendere sopra una branda badando che il capo sia coperto e difeso anche da un parasole. Si espongono al 1° giorno i soli piedi per 5 minuti, al 2° giorno si solleva l'accappatoio fino al ginocchio e si espongono le gambe al sole per 5 minuti, poi si abbassa l'accappatoio fino alla caviglia e si espongono i piedi per 5 minuti: al 3° giorno si scopre fino alla radice della coscia e si lasciano esposte le cosce 5 minuti, la gamba 10, i piedi 15: al 4°, 5°, 6° giorno si scopre fino all'ombelico e si lascia esposta questa parte dell'addome per 5 minuti, si abbassa l'accappatoio fino alla radice delle coscie, si lascia esposto per altri 5 minuti, poi fino al ginocchio per 5 minuti, fino alla caviglia per altri cinque minuti, ed il piede per altri cinque minuti: al 7°, 8°, 9° giorno si scopre fino alla radice delle braccia lasciando esposto il petto per 5 minuti, fino all'ombelico per 5 minuti, dall'ombelico alle cosce per 5 minuti, dalle cosce alle ginocchia 5 minuti, ecc. ecc. Al 10° 11° giorno si può lasciare esposto il petto per 10 minuti, l'addome per 20, gli arti per 30 minuti ed il dorso per 15 minuti.

Dopo il 12° giorno aumentare l'esposizione al sole di tutto il corpo di 10' in 10' ogni due giorni.

I ragazzi affetti da malattie specifiche chirurgiche e da adenopatie ilari, da scrofolosi, debbono fare delle cure prolungate di parecchie ore: i gracili, anemici convalescenti in genere saranno esposti al sole per un'ora al giorno.

Norme generali. — I bambini di ogni età debbono avere il capo coperto quando fanno le cure solari, non debbono sudare ed è preferibile che abbiano una sensazione di fresco.

I bambini debbono essere difesi dal vento fino a quando non avranno completato la cura preparatoria, in seguito potranno sopportare sulla pelle la sensazione della brezza.

La cura solare preparatoria in genere deve essere fatta in estate, nei nostri climi, nelle ore antimeridiane fra le 7 e le 9 nei mesi di giugno, luglio e agosto, fra le 9 e le 11 nel mese di aprile, maggio, settembre, ottobre.

Quando la pelle e l'organismo sono abituati al sole ed all'aria, in qualunque ora dei mesi invernali, quando vi è un raggio di sole, potranno esporsi ad esso i bambini al di sopra dei due anni

La cura solare deve essere iniziata a digiuno, ma nel corso di essa si può mangiare e bere. DR.

Incidenti nel trattamento con raggi ultravioletti.

E. Juster (*Journ. de méd. de Paris*, 26 maggio 1927) riporta i casi seguenti.

1) Morte per granulia. Un bambino di 5 anni trattato per gangli tracheo-bronchiali; alle prime sedute, miglioramento dello stato generale; alla settima, comparsa di idrartrosi al ginocchio, senza precedente trauma, che fa pensare ad una localizzazione bacillare. Applicazione di R. U. V. anche sul ginocchio. Dopo l'undicesima seduta, comparsa di febbre e morte pochi giorni dopo per granuliia.

2) Bacillosi miliare acuta della gola e dell'epiglottide, in un giovane di 19 anni, trattato per adenopatia cervicale bilaterale, consecutiva al morbillo.

3) Emottisi, comparse in un individuo di 39 anni, con gangli cervicali, lupus della guancia sinistra, ulcerazione costale bacillare, ed in un altro di 28 anni trattato per neuralgia intercostale, senza lesione polmonare.

In qualche altro caso, comparsa di cattivo stato generale (pallore, stanchezza generale, dimagramento) o ricomparsa dei mestrui in donne dopo la menopausa.

Queste osservazioni provano anzitutto che i R. U. V. possono dare incidenti spiacevoli in bacillari più o meno latenti e dimostrano la necessità di procedere sempre con estrema cautela.

D'altra parte la ricomparsa dei mestrui indica l'azione dei R. U. V. sulla funzione ovarica e la possibilità del loro uso nel trattamento dei disturbi circolatori e nelle obesità di origine ovarica. *fil.*

La radioterapia postoperatoria del cancro del seno.

R. Guérin (*Thèse de Bordeaux*, 1926-27) osserva che il trattamento operatorio del cancro del seno è ormai arrivato ad un punto morto e che è necessario operare le malate più precocemente D'altra parte, il trattamento con la curieterapia e la radioterapia non è abbastanza bene regolato in modo da ottenere migliori risultati che con la chirurgia.

È dunque necessario completare il trattamento chirurgico per ottenere risultati più durevoli; oggi è la radioterapia postoperatoria con penetrazione media, applicata a lungo sopra estese superfici che fa concepire le migliori speranze.

È anche alla radioterapia che si può ricorrere come palliativo nelle forme avanzate.

Per quanto riguarda le recidive, si osserva che quelle limitate sono, più che altro, di dominio chirurgico, in quelle molto avanzate e nelle metastasi, il trattamento radioterapico a dosi medie può apportare un miglioramento locale. *fil.*

IGIENE.

Alcuni desiderata degli epidemiologisti.

Nell'annuale rapporto fatto da L. Bernard sulle condizioni igieniche e il comportamento delle malattie infettive in Francia, l'A. fa notare come l'attuale sistema d'informazioni epidemiologiche lasci molto a desiderare. Allo stato attuale del servizio sanitario, le notizie fornite e le denunzie sono incomplete od occultate, per modo che non si può seguire lo sviluppo e l'intensità d'una epidemia. Il maggior numero di denunzie viene dalla campagna; le città e, cosa singolare, gli ospedali eccezionalmente si attengono all'obbligo delle denunzie, se non si tratta di casi gravi.

Un servizio d'informazioni epidemiologiche che funziona bene esiste nell'esercito; sarebbe da auspicare che tutti i comuni avessero un tal servizio d'informazioni, il quale dovrebbe funzionare con rapidità ed esattezza, per permettere di seguire tutto lo sviluppo d'una epidemia. Le notizie dovrebbero essere raccolte da un unico centro, aggiunto al servizio d'igiene, il quale a sua volta dovrebbe collaborare con i centri municipali, mercè istruzioni, suggerimenti, visite di controllo.

Un simile ufficio d'informazioni permetterebbe di conoscere perfettamente lo sviluppo d'una epidemia, potrebbe suggerire i mezzi profilattici, e giovare alla nazione che è a così bassa natalità.

(*La Tribune Médicale*, n. 1, gennaio 1928).

CARUSI.

L'origine delle epidemie di tifoide.

In presenza di epidemie di tifoide, i più ritengono quasi sempre che la diffusione sia dovuta all'acqua od al latte, senza tener presente che essa può assai spesso essere attribuita all'uomo, al portatore e che la vera sorgente delle epidemie va appunto a questi riferita. Grünewald (*Reichsgesundheitsblatt e Nederlasch tijds. v. geneeskunde*, 15 genn. 1927) riporta le osservazioni su alcune epidemie di tifoide in Germania, di cui si potè stabilire l'origine. Quella di Ahlfeld, nel 1923-24, venne causata da portatori che avevano inquinato svariate sostanze alimentari. Fra i 96 tifosi di Celle, si potè assodare che 56 avevano mangiato in una casa in cui la donna di servizio era stata affetta da tifoide, malattia che non era stata riconosciuta se non dopo tre settimane. Diverse epidemie nel 1925 sono state provocate dal personale di latterie che era portatore di bacilli del tifo. L'epidemia di Agnetendorf e di Hermsdorf è stata provocata dal fatto che la biancheria di un tifoso era stata lavata in un ruscello che rifornisce di acqua per lavare e per bere i due villaggi.

Il rifornimento di acqua e di latte, fatto in modo che siano insospettabili non potrà sradicare tutte le epidemie, per le quali si dovranno sempre prendere in considerazione il contatto ed i portatori.

fil.

Cause sociali della vulvovaginite gonococcica.

La « Charity Organisation Soc. » di New York ha pubblicato uno studio sulla vulvo-vaginite gonococcica delle bambine.

Questo studio divide le pazienti in tre gruppi; a) quelle sotto i due anni di età; b) quelle tra i 2 e gli 8; c) quelle tra i 9 e i 14.

Su 60 bambine tra i 2 e i 14 anni affette da vaginite, il gonococco fu riscontrato in 55 casi.

Studiando le condizioni di famiglia di queste 60 bambine si trovò che 14 dei loro genitori (5 madri e 9 padri) confessavano di aver relazioni sessuali extra coniugali; tra i detti 14 individui vi erano 7 deficienti mentali; in 9 si riscontrò la gonorrea e in 12 la sifilide. Nelle bambine di questi genitori il contagio proveniva quindi direttamente dall'ambiente famigliare.

Esaminando l'intero gruppo delle 60 bambine, il contagio risultò derivato dalle fonti seguenti: in 11 per fatti di delinquenza sessuale; in 2 per ratto; 8 erano state infettate in istituzioni diverse non ospitaliere; 3 durante la degenza in ospedale; 2 al gabinetto; 14 nell'ambiente famigliare; in 20 la sorgente dell'infezione rimase incognita.

Tra gli 11 casi dipendenti da delinquenza sessuale, 6 volte si era trattato di incesto: questo richiama l'attenzione sull'importanza delle condizioni morali e materiali dell'ambiente domestico. È significativo il fatto che 28 delle 33 famiglie cui appartenevano le 60 bambine, vivevano in abitazioni miserabili, sudice e antigieniche. 29 delle bambine avevano dato segni di delinquenza giovanile, con indisciplinatezza, fuga dalla scuola. furto, masturbazione cronica, distruzione della proprietà altrui, ecc. motivi per i quali erano già comparse più volte avanti ai tribunali giovanili.

Lo studio insiste sulla grave importanza che va data in queste forme all'influenza dell'abitazione. Il letto sudicio dove si riuniscono due o tre persone di età e sesso diversi, forma la causa principale dell'infezione gonococcica come dei reati sessuali. Dei 20 casi ricordati, nei quali l'origine dell'infezione era rimasta sconosciuta, con tutta probabilità molti erano in dipendenza con le condizioni dell'abitazione (*Difesa Sociale*).

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. Luigi Mormino, Termini Imerese:

Secondo Naunyn i calcoli biliari avrebbero una origine infettiva. L'infezione agirebbe provocando un « catarro litogeno ». La desquamazione epiteliale sarebbe il « primum movens » della precipitazione della colesterina.

D'altra parte la ritenzione biliare rappresenta una condizione determinante della formazione dei calcoli.

Questa teoria ha per sè parecchie constatazioni anatomo-cliniche e anche sperimentali. Ma va anche ricordato che ad essa sono state mosse parecchie obiezioni.

A. CHIASSERINI.

VARIA.

Medicina medioevale.

Torna di moda l'apologia del Medio Evo. Circa un secolo fa, al sorgere del romanticismo, questa fu una moda a carattere essenzialmente letterario ed estetico. Oggi la riabilitazione del Medio Evo sembra avere delle ragioni più profonde, da ricercarsi in certi atteggiamenti nostalgici e canossiani dello spirito moderno. Ma per chi guardi senza preconcetti alla storia della nostra arte medica, il Medio Evo è e resta un'epoca di regresso e di smarrimento, in cui i primi elementi acquisiti di scienza e di tecnica furono sommersi dalle aberrazioni della superstizione e dai vaneggiamenti della metafisica.

Sorta dapprima nei santuari della Grecia e nelle scuole filosofiche elleniche e sicule, la medicina con Ippocrate si svincolò da ogni concezione teologica e da ogni speculazione aprioristica, per assumere i caratteri di una vera scienza, basata sull'osservazione e sul ragionamento. In seguito Aristotele sviluppava la biologia e l'anatomia comparata, la scuola alessandrina con Erofilo e Erasistrato coltivava l'anatomia e la chirurgia. A Roma Sorano fondava la ostetricia e la ginecologia, Dioscoride la farmacologia, e Galeno approfondiva la fisiologia servendosi con larghezza e genialità del metodo sperimentale.

Ma da Galeno, la cui opera segna il punto culminante nella storia dell'antica medicina, si inizia la decadenza: sotto l'influenza delle religioni orientali, che nei primi secoli dell'impero divenne sempre più profonda sullo spirito latino, fa di nuovo il suo ingresso nell'arte medica il dogmatismo teologico, donde una stasi, cui segue un immediato regresso.

Rapidamente la teosofia, l'astrologia e la magia tendono a sostituirsi alla medicina. Sul declinare

dell'impero i nomi dei medicamenti furono scritti in lingua babilonese o egiziana; si attribuì a certe parole, specie caldee, persiane, fenicie ed ebraiche, un potere miracoloso per vincere i demoni generatori di malattie...

Se si consultano i pochi scrittori di medicina fioriti verso la caduta dell'impero di occidente, si resta colpiti dalla scomparsa del sereno spirito ippocratico di osservazione e di critica, per il prevalere della magia e della cabalistica.

Teodoro Prisciano consiglia di mangiare tre viole mammole, il che garantisce di restare immuni da malattie per un anno intero. Per i dolori colici prescrive al malato di mettersi a sedere e di dire: *Per te diacholon, diacholon, diacholon...*

Sesto Placido Papiriense per la febbre quartana ordina di portare al collo un cuore di lepre. Per rimanere liberi per tutta la vita da dolori colici occorre far cuocere un cagnolino appena nato e mangiarlo. Per guarire un malato con febbre alta si tolga una scheggia da una porta da cui uscì un eunuco, e si pronunzino le seguenti parole: *Tollo te ut ille N. N. febribus liberetur.*

Marcello Empirico, archiatra di Teodosio I, per i dolori colici raccomandava di pronunziare per tre o per nove volte le seguenti parole: *Stolpus a coelo cecidit; hunc morbum pastores invenerunt, sine manibus collegerunt, sine igne coxerunt, sine dentibus comederunt.* Se un corpo estraneo era caduto in un occhio, egli lo carminava (tale espressione usavasi allora) nella seguente maniera: toccava l'occhio affetto e diceva per tre volte: *Tetune resonco bregam gresso* e ogni volta doveva sputare. Per estrarre un corpo estraneo dall'esofago si doveva dire per nove volte: *os gorgonio basio.* Per guarire un orzaiuolo o un'ulcera delle palpebre bisognava prendere nove grani di orzo, e toccare colla loro punta l'ulcera proferendo le seguenti parole: φεῦγε, φεῦγε κριδησε διώκες. Nelle angine con gonfiore dell'ugola (*uvula*) si usava l'uva dicendo per tre volte: *uva uvam emendat;* oppure si legava intorno al collo del malato una carta su cui era scritto: *Formica sanguinem non habet nec fel; fuge uva, ne cancer te comedat...*

Caduto l'impero di occidente, il centro della vita politica e intellettuale si sposta definitivamente a Costantinopoli. La medicina veniva qui studiata sui testi di Galeno, tradotti, adulterati e interpretati nel modo più conforme alla mentalità orientale. Non mancarono personalità di grande intelletto, come Oribasio, Paolo d'Egina, i quali riassunsero in opere poderose lo scibile medico dei secoli precedenti, e anche medici pratici di grande rinomanza, ma anch'essi fuorviati e abbacinati dalle astrusità della superstizione e della magia.

Alessandro di Tralles, intelletto acuto e scrittore non spregevole di cose mediche, per i dolori colici consiglia una pietra su cui è inciso Ercole in atto di soffocare il leone, oppure un anello di ferro su cui siano scritte le seguenti parole: φεῦγε, φεῦγε ἰοῦ χολὴ ἤ κορυδαλὸς ἐζήτει. Contro l'artrite è efficace il verso omerico:

Τετρήχει δ'ἀγορὴ, ὕπό δ'ἐστοναχὶζετογατα

oppure si devono scrivere a luna calante sopra un foglio d'oro le seguenti parole: μει, δρευ, μορ, φορ, τευξ, ζα, ζων, δε, λου, χρι, ζε, γεων. Per le febbri quotidiane consiglia un amuleto consistente in una foglia di oliva con su scritto KA. POI. A.

L'influenza del cristianesimo trionfante contribuì a dare alla medicina bizantina un carattere teurgico e a metterla in assoluta subordinazione all'autorità degli scritti canonici.

Aezio di Amida, archiatra alla corte di Costantinopoli, prescrive, durante la preparazione di un certo unguento, di dire: *Il Dio di Abramo, il Dio di Isacco, il Dio di Giacobbe conceda virtù a questo rimedio.* Simile teosofia predomina anche nelle operazioni chirurgiche: se a taluno sia rimasto un corpo estraneo nelle fauci o nell'esofago, gli si tocchi il collo dicendo: *Come Gesù Cristo liberò Lazzaro dal sepolcro e Giona dalla balena, così esci anche tu, osso o scheggia.* E poi: *San Biagio martire e il servo di Cristo ti comandano: esci o discendi.*

Mentre rapidamente decadeva la medicina bizantina, sorse una nuova fioritura di scuole mediche per opera degli arabi. Questi nel VII secolo nella loro avanzata vittoriosa attraverso la Siria e la Persia vennero a contatto con alcuni centri superstiti di cultura ellenica, ove ancora vigeva l'insegnamento di Aristotile e di Ippocrate, creati dai nestoriani (seguaci del patriarca scismatico Nestorio, espulso nel V secolo da Costantinopoli) e dai platonici ateniesi scacciati da Giustiniano I nel 529. In Alessandria poi gli Arabi trovarono ancora fiorente il maggior centro di cultura dell'epoca. Nei territori ulteriormente conquistati dagli Arabi sorsero così scuole mediche e università che rapidamente crebbero di numero e di importanza. Celebri furono la scuola di Bagdad e le università ispano-arabe di Cordova, Siviglia, Toledo, Murcia. Ad esse sono legati i nomi di Raze, Avicenna, Albucasis, Avenzoar, Averroes... Ma invano cerchiamo nell'opera di questi una originalità di pensiero e di indagine; alla medicina ippocratica e galenica gli Arabi non aggiunsero alcun progresso, se non forse nel campo della chimica, anzi ne deformarono lo spirito e la pratica con gli influssi della astrologia e dell'oroscopia.

Queste scuole mediche scomparvero nel secolo XIII, collo spegnersi della civiltà araba sommersa a oriente dai turchi e a occidente dalla conquista spagnuola.

Frattanto nell'occidente cristiano la medicina si era rifugiata negli ordini monastici e si può dire avesse perduto il suo carattere di scienza, esercitata come era con indirizzo mistico, dando nella terapia la massima importanza alle orazioni, all'acqua santa, alle reliquie, alle pratiche religiose.

Particolarmente benemerito della civiltà in genere e della medicina in specie, appare l'ordine di S. Benedetto, cui si deve la conservazione di parte delle opere degli scrittori greci e latini, e il ritorno alla medicina laica colla fondazione della scuola salernitana (secolo IX).

Vero è che di questa si è forse esagerata l'importanza dal punto di vista del contributo recato al sapere medico, pressochè negativo, e che su di essa non poca influenza esercitò la medicina araba sopratutto per opera di Costantino d'Africa, che aveva frequentato l'università di Bagdad.

Fra i più celebri insegnanti della scuola vengono ricordati anche Gariopanto, Cofone, Niccolò, Romualdo, Egidio... In essa si spiegavano l'*Articella* di Galeno, il primo libro di Avicenna, la fisica di Aristotile, qualche sezione degli aforismi ippocratici. Prodotto della scuola salernitana è il noto *Flos sanitatis*, raccolta di precetti igienici scritti in distici rimati, forse opera di Giovanni da Milano e dedicata probabilmente a Roberto d'Inghilterra.

La scuola di Salerno entrò in decadenza nel XIII secolo; ma essa servì come esempio di una organizzazione sistematica degli studi medici alle università che nel secolo XI e XII sorsero e fiorirono rapidamente in Italia e fuori (Bologna, Ferrara, Padova, Pavia, Milano, Piacenza, Parigi, Montpellier, ecc.).

Come la medicina fosse coltivata e insegnata in queste università è cosa che a noi, educati a un metodo di studio obbiettivo e razionale, sembra appena credibile.

Le idee allora vigenti sulla fisica e sulla fisiologia erano quelle della *Summa* di S. Tommaso; i libri di insegnamento, le opere di Aristotile e di Galeno, nelle loro assassine versioni medioevali, colla severa ingiunzione di non allontanarsi da esse. Il metodo scolastico colle sue sottigliezze trionfava. Gli insegnanti si sbizzarrivano nel distinguere — nella malattia e nei sintomi, nella diagnosi e nella terapia — la sostanza e gli accidenti, il materiale e il formale. Si affermava l'importanza della astrologia, e si consultavano le stelle prima di fare un salasso, o di somministrare un purgante o un emetico, e in base alle interpretazioni degli astri si formulava la prognosi. Per noi la lettura delle più note opere mediche di quei tempi riesce non utile, ma tediosa, e permette di pescare delle assurdità di ogni sorta, delle quali, se non temessi di dilungarmi troppo, sarei fortemente tentato di riportare un florilegio.

Fra i medici che raggiunsero la maggiore celebrità in quell'epoca così miserevole per la nostra arte vanno ricordati nel secolo XIII Gilberto d'Inghilterra, Pietro Ispanico, Pietro d'Abano, Taddeo di Fiorenza, Simone de Cordo, ecc., e nel sec. XIV Arnaldo di Villanova, Gentile da Foligno, il Torrigiano, Dino e Tommaso del Garbo, ecc.

Tutti questi medici nelle opere che di loro ci sono rimaste rivelano la loro mentalità sofistica e superstiziosa. Onde si comprende come il Petrarca dileggiasse in quattro volumi i medici del suo tempo per il loro ciarlatanismo ammantato di presunzione; ma forse a questa profonda avversione del Petrarca verso i medici (fra i quali pure contava dei buoni amici, come Giovanni Dondi) non fu estranea la baruffa che egli ebbe con Guido di Cauliac alla corte di Avignone.

In contrasto con la medicina la chirurgia, certo per il suo carattere più esteriore ed empirico, si mantenne se non immune meno inquinata dalle astruserie della scolastica e della astrologia, e il secolo XIII e XIV videro chirurgi di grande valore, come Ruggiero da Parma, Rolando da Parma, Guglielmo da Saliceto, Lanfranco da Milano, Pietro dell'Argentera, i quali tutti recarono il loro celebrato insegnamento nelle università di Parigi o di Montpellier, ove eccelleva anche Guido di Cauliac. E in Italia fiorirono Mondino dei Luzzi, Giovanni da Vigo ed altri.

Ma nel secolo XV per varie ragioni, ma sopratutto per la scoperta della stampa e per il risorto amore per i classici, la mentalità medica tende ad una benefica trasformazione, che si accentua nel secolo XVI: Nicolò Leoniceno, Tommaso Linacro, Guglielmo Copo e molti altri medici umanisti contribuirono a questo mutamento con la restaurazione degli autentici testi di Ippocrate e di Galeno, i quali ricondussero nella medicina lo spirito di osservazione e lo studio della natura.

Si aggiunga la grande importanza che lo studio della anatomia assumeva per opera di Falloppio, Vesalio, Eustachio, Colombo, Malpighi, mentre Antonio Benivieni fondava l'anatomia patologica, Prospero Alpino la semeiotica, Cesalpino e Harvey scoprivano la circolazione...

Frattanto per opera di Galileo in Italia, di Bacone e Newton in Inghilterra, di Cartesio in Francia, si foggiava quel mirabile strumento di indagine che fu la filosofia sperimentale. A questa dobbiamo se la biologia e la medicina subirono un radicale rinnovamento di indirizzo, e iniziarono quel meraviglioso sviluppo che sembra destinato a non più arrestarsi.

GINO PIERI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Estensione delle norme del R. D. Legge 23 ottobre 1927 n. 1966, al personale degli enti locali, per il caro viveri. (1)

(R. D. L. 29 dicembre 1927 n. 2671; *Gazz. Uff.* 25 gennaio n. 20).

Art. 1. A decorrere dal 1° dicembre 1927, le indennità temporanee mensili, i soprassoldi, e gli altri assegni di caro-viveri che le Provincie, i Comuni, le istituzioni pubbliche di assistenza e di beneficienza, i consorzi, le aziende, eccetto quelle di trasporto, in gestione diretta delle Provincie e dei Comuni, nonchè gli altri enti ed istituzioni da quelli anzidetti amministrati o mantenuti col concorso, corrispondono, sotto qualsiasi forma o denominazione al personale dipendente, compresi gli insegnanti ed i sanitari, sono aboliti, fino a concorrenza dell'importo corrispondente a quello percepito al 31 ottobre 1927 per tale titolo dal personale dipendente dallo Stato:

a) per il personale provvisto di un trattamento economico non inferiore a quello stabilito dall'ordinamento gerarchico delle Amministrazioni dello Stato per il grado settimo;

b) per il personale provvisto di un trattamento inferiore, che non sia coniugato o sia vedovo senza prole convivente ed a carico di età inferiore ai 18 anni e per il quale non ricorra l'ipotesi di cui al primo comma del successivo articolo 3.

Per il computo del trattamento economico ai fini della lettera *a*) del presente articolo si tien conto di ogni retribuzione, paga, emolumento, indennità, i soprassoldi e gli altri assegni di caro-viveri fino a concorrenza dell'importo corrispondente a quello percepito per lo stesso titolo al 31 ottobre 1927 dai dipendenti statali.

Agli effetti dell'applicazione della lettera *b*) non si tien conto del coniuge legalmente separato o dichiarato assente con sentenza passata in giudicato.

Art. 2. Qualora negli stipendi, salari, paghe, retribuzioni ed altre competenze di carattere continuativo di cui è provvisto il personale contemplato alla lett. *a*) dell'art. 1 siano stati assorbiti o consolidati, in tutto o in parte, indennità temporanee mensili, soprassoldi od altri assegni di caro viveri in precedenza corrisposti al personale medesimo per il computo del trattamento economico di cui al penultimo comma dell'art. 1 si tiene conto soltanto della quota assorbita fino alla concorrenza di L. 780; mentre la quota residua sarà considerata come assegno di caro viveri e conglobata con gli altri assegni allo stesso titolo eventualmente corrisposti agli effetti della soppressione di cui alla lett. *a*) dell'articolo medesimo.

Qualora negli stipendi, salari, paghe, retribuzioni ed altre competenze di carattere continuativo di cui è provvisto il personale che si trovi nelle condizioni di famiglia contemplate alla successiva lett. *b*) dell'art. 1 siano stati assorbiti o consolidati, in tutto o in parte, indennità temporanee mensili, soprassoldi od altri assegni di caro viveri in precedenza corrisposti al personale medesimo, la soppressione disposta dall'articolo stesso si estende a tali indennità, soprassoldi ed altri assegni di caro viveri per la parte eccedente l'indicata somma di L. 780.

Art. 3. Le indennità, i soprassoldi e gli altri assegni di cui al precedente art. 1 sono ridotti di L. 30 mensili per il personale che si trovi nelle condizioni di famiglia di cui alla lett. *b*) dell'articolo stesso; il cui trattamento economico complessivo sia inferiore a L. 5400 per gli impiegati, a L. 4180 per gli agenti e, rispettivamente, a L. 3168 e 1848 per il personale salariato: maschile e femminile.

La riduzione di cui al precedente comma si applica anche al personale non di ruolo che si trovi nelle stesse condizioni di famiglia, nonchè a quello operaio in dette condizioni che sia provvisto di assegni di caro viveri regolati in relazione alla rimunerazione locale della mano d'opera.

Per il personale provvisto di paghe, retribuzioni o analoghi assegni fissati in misura giornaliera la riduzione è applicata in ragione di una lira al giorno.

Art. 4. Fermo il disposto dell'art. 2 gli assegni di carattere normale e continuativo corrisposti al personale il cui trattamento economico non sia inferiore a quello previsto dalla lett. *a*) del precedente art. 1 ed a quello che si trovi nelle condizioni di famiglia indicate alla lett. *b*) dello stesso articolo che, in aggiunta allo stipendio, paga, retribuzione ed altre competenze analoghe, non percepisca alcuna indennità, soprassoldo od assegno a titolo di caro viveri, saranno ugual-

(1) Nel fascicolo 2° della *Rivista di diritto pubblico sanitario* è riportata la circolare 30 dicembre 1927 contenente istruzioni per l'applicazione di questo decreto.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

mente ridotti, a decorrere dal 1° dicembre 1927, di L. 30 mensili. Per il personale che percepisce assegni giornalieri la riduzione è applicata in ragione di una lira al giorno.

Le riduzioni disposte dal presente articolo non potranno però, in nessun caso, eccedere il decimo degli assegni di carattere normale e continuativo di cui il personale gode attualmente e saranno applicate, in primo luogo, sugli assegni non computabili ai fini di pensione o di altro trattamento di quiescenza o assicurativo.

Le riduzioni stesse non sono applicabili nei riguardi del personale il cui trattamento economico non abbia subìto, successivamente al 30 giugno 1914, alcun miglioramento neanche a titolo d'indennità, soprassoldo od assegni di caroviveri.

Art. 5. A decorrere dal 1° dicembre 1927, le indennità temporanee mensili e gli altri assegni di caroviveri che gli enti di cui all'art. 1 abbiano stabilito di corrispondere al proprio personale pensionato, saranno ridotti in un terzo tanto per i pensionati diretti quanto per quelli indiretti.

Tale riduzione si estende alla indennità, soprassoldi od altri assegni di caro viveri eventualmente conglobati nelle pensioni od assegni diretti o di riversibilità.

Art. 6. Le amministrazioni degli enti di cui all'art. 1 dovranno far luogo alle soppressioni e riduzioni previste dal presente decreto entro venti giorni dalla pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*, dandone immediata comunicazione al prefetto, al quale spetta di apportarvi le correzioni eventualmente necessarie, come di provvedere d'ufficio in caso di inadempimento e di risolvere i ricorsi degli interessati contro l'operato delle amministrazioni.

I provvedimenti del Prefetto sono definitivi.

Art. 7. Nulla è innovato al disposto art. 1 del R. D. L. 16 agosto 1926 n. 1577, dell'art. 1 del R. D. L. 25 novembre 1926, n. 2108, e dell'art. 1 del R. D. L. 17 febbraio 1927, n. 228.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

VIII. — Denunzie di malattie infettive.

Il medico che ha osservato un caso di malattia infettiva e diffusiva e pericolosa o sospetta di esserlo deve immediatamente farne denunzia al Sindaco e all'ufficiale sanitario comunale e deve coadiuvarli, ove occorra, nella esecuzione delle prime urgenti disposizioni ordinate per impedire la diffusione della malattia.

L'art. 123 del T. U. delle leggi sanitarie, prescrivendo quest'obbligo di denunzia, stabilisce la sanzione penale a carico dei contravventori.

L'art. 125 riguarda la comunicazione delle denunzie: dal Sindaco al prefetto; dall'ufficiale sanitario al medico provinciale e dal prefetto al Ministero dell'Interno.

Un Uff. San. fu rinviato a giudizio per non aver osservato l'obbligo della comunicazione stabilito dall'art. 125. La Corte di Cassazione I Sezione Penale con sentenza 2 maggio 1927, n. 51 ha annullato la sentenza di condanna dichiarando che la inosservanza dell'obbligo stabilito dall'art. 125 non costituisce trasgressione punibile. Potranno derivarne conseguenze d'ordine amministrativo e disciplinare, ma non c'è reato. Così è, certamente, dal punto di vista formale, perchè la sanzione non è stabilita. Si può osservare, d'altra parte, che se costituisce contravvenzione la infrazione commessa dall'ufficiale sanitario, la violazione dell'obbligo non dovrebbe essere diversa per la comunicazione che il Sindaco deve fare al Prefetto e questi al Ministero dell'Interno.

Si può pensare a un caso di condanna penale del Prefetto per non aver comunicato al Ministero dell'Interno la denunzia di malattie infettive?.

IX. — Il giudizio delle commissioni giudicatrici dei concorsi deve essere motivato.

Questa regola è ormai indiscussa: la giurisprudenza ne ha fatto applicazione in molti casi. In questa rubrica ne abbiamo trattato più volte. È utile, tuttavia, segnalare un parere del Consiglio di Stato in ordinanza generale.

La Commissione giudicatrice di un concorso stabilì criteri generali ma non specificò nella relazione i titoli prodotti dai concorrenti nè motivò circa l'applicazione dei criteri stessi, sicchè appariva non esplicitamente giustificata la votazione conclusiva.

La nomina deliberata in base a questo giudizio fu annullata *per insufficiente motivazione del verbale* della Commissione. Il Consiglio di Stato, in adunanza generale, con parere 29 settembre 1927, considerò « che nei concorsi per titoli, come ha costantemente affermato la giurisprudenza sia consultiva che contenziosa di questo consesso, il giudizio delle Commissioni giudicatrici, deve essere espresso non soltanto nelle sue conclusioni, cioè nella attribuzione dei punti e nella conseguente graduatoria, ma altresì negli elementi che ne formano la base e la giustificazione, per modo che risulti il rapporto esistente tra la valutazione obbiettiva dei titoli e la valutazione attribuita a ciascun concorrente, ed a questo rapporto sia vincolato il giudizio della Commissione, di guisa che la comparazione abbia luogo con le maggiori garanzie e si renda possibile il sindacato di legittimità ». (Per lo stesso argomento, cons. per più ampi riferimenti la *Rivista di diritto pubblico sanitario*, n. 1, p. 30)

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Costituzione e funzionamento dei consorzi antitubercolari.

La Direzione Generale della Sanità Pubblica ha diramato ai sigg. Prefetti del Regno una circostanziata e importante circolare sulla costituzione e sul funzionamento dei consorzi antitubercolari; è corredata di uno statuto modello. La riporteremo prossimamente nella sua integrità.

Cronaca del movimento professionale.

L'opera di assistenza degli orfani dei medici morti in guerra.

La riunione plenaria del Comitato di assistenza degli orfani dei medici morti in guerra si è aperta con elevati discorsi del Generale Medico dott. Della Valle e del Segretario Generale del Sindacato Medico Fascista dott. Arnaldo Fioretti.

Il Segretario dott. Bocchetti ha letta la relazione morale e finanziaria.

Segue la discussione; ad essa prendono parte il sen. dott. Simonetta, il quale annunzia che saranno messi a disposizione degli orfani dei medici morti in guerra, 28 posti nel Collegio di Perugia; il dott. Fioretti, che promette l'appoggio dei Sindacati; il prof. Ilvento, che assicura interesserà vivamente il Direttore Generale della Sanità Pubblica; il dott. Baduel, che mette a disposizione posti gratuiti nelle istituzioni della Croce Rossa.

Su proposta del generale Della Valle, alla quale si associa il dott. Fioretti, si stabilisce di non chiedere sussidî ad enti estranei e di non imporre ai medici contributi obbligatorî: le offerte devono essere volontarie e spontanee.

Il dott. Bocchetti ha presentato una pubblicazione da lui compilata, nella quale sono esposte le opere iniziate e finora svolte dall'opera.

È un elegante volume ricco di figure, che viene messo in vendita al prezzo di Lire dieci a beneficio dell'Opera.

Una borsa di studio verrà intitolata al compianto gen. med. Giovanni Memmo; per essa si è avviata una sottoscrizione speciale.

Per richieste del volume, per offerte ed informazioni rivolgersi al Segretario generale dott. Federico Bocchetti - Sanatorio Militare di Anzio (Roma).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALBA (*Cuneo*). — Uff. san.; scad. 10 apr.; L. 7000; titoli ed esami; è consentito l'eserc. della profess.; rivolgersi R. Prefettura di Cuneo.

ALBAIRATE (*Milano*). — Al 31 mar.; L. 11,200 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3500 trasp., L. 700 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15; docum. a 3 mesi dal 1° mar.

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini »*. — Primario medico. V. fasc. 5. Docum. al Ministero P. I. entro il 31 mar.

ANCONA. *Amministraz. Provinciale.* — Quattro posti nel Laborat. provinc. d'igiene e profilassi; scad. 31 mar.; v. fasc. 7.

BANZI (*Matera*). — A tutto 5 apr.; v. fasc. 8.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Medico assistente; titoli ed esami; L. 4500 e proventi Sez. kinesiterapica; età lim. 30 a.; scad. ore 17 del 31 mar. Doc. a 3 mesi. Nomina e conferme annue fino a 40 a. Sarà tenuta in considerazione la conosc. della lingua inglese o tedesca.

BOLOGNA. *Ufficio Municip. d'Igiene.* — Scad. 31 mar.; assist. del Laborat. medico-micrograf.; v. fasc. 8.

BRESCIA. *Spedali Civili.* — Primario anatomopatologo; scad. 31 mar.; v. fasc. 8.

CASSINO (*Frosinone*). — Scad. 22 mar.; L. 6500 (*sic*) e 5 quadr. dec.; addiz. L. 4 oltre i 1000 pov.; c.-v. per gli ammogliati; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

CASTAGNETO CARDUCCI (*Livorno*). — A tutto 25 mar.; v. fasc. 9.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — A tutto 31 mar., v. fasc. 8.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Uff. sanitari per S. Giovanni in Fiore, consor. Verbicaro e consor. Grimaldi; titoli ed esami; tassa L. 50,20; scad. 28 apr.

COLICO (*Como*). — Al 31 mar.; L. 8700 per 400 pov. su 3967 ab.; addizion. L. 5; se uff. san. L. 1100; trasp. L. 3500; ambulat. L. 500 se in casa del medico; 4 quinquenni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

COSTA VOLPINO (*Bergamo*). — Scad. 31 mar.; v. fasc. 9.

FOIANO-CHIANA (*Arezzo*). — Al 15 apr., ore 18; 3a cond.; L. 9000 e c.-v.; addiz. L. 2 oltre i 1200 pov.; 4 quadrienni dec.; L. 3000 cav.; servizio nell'Ospedale; età lim. 40 (45) a.; tassa L. 50.15; serv. entro 15 gg.

LECCE. *R. Prefettura di Capitanata.* — Ufficiali sanitarî di 12 Comuni e di un Consorzio; a ore 16 del 10 apr.; titoli ed esami; età lim. 45 a.; docum. a 3 mesi dal 20 feb.; stipendi L. 5000 per 9 comuni, L. 8000 per 3 comuni, L. 6500 pel Consorzio. Chiedere annunzio.

LIDO DI VENEZIA. — Scad. 31 mar.; direttore Opere Pie Riunite Ospizio Marino Veneto e Educatorio Rachitici « Regina Margherita »; L. 20,000,

alloggio (obbligatorio) nell'Istituto, illuminaz., riscaldamento; età mass. 45 a.; rivolgersi Uffici Direzione.

MAZZARINO (*Caltanissetta*). — *Congregaz. di Carità*. — Chirurgo direttore dell'Ospedale Civile S. Stefano. Proroga 31 mar. Rivolgersi al Commissaio Prefettizio.

MELIZZANO-DUGENTA (*Benevento*). — Per Dugenta; scad. 31 mar.; età lim. 30 a. (*sic*); tassa L. 50.05; stip. L. 5000 (*sic*) e 5 quadrienni dec., oltre indenn. cavalc. in corso d'approvaz.

MESOLA (*Ferrara*). — A tutto 31 mar. per Goro-Gorino; L. 10,000 e 5 quadrienni dec., oltre assegno complementare di L. 2530 (variabile), lire 2500 cav.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15; serv. entro 10 (*sic*) gg.

MONDOVÌ (*Cuneo*). — Uff. san.; scad. 31 mar., ore 12; L. 7000; è consentito l'esercizio della profess. Docum. alla R. Prefettura di Cuneo. Schiarim. dalla Segreteria Civica o dalla Prefettura.

MONFALCONE. *Congregaz. di Carità*. — Primario medico nel Civico Ospedale Vitt. Em. III; scad. 31 mar.; v. fasc. 8.

MONTE DI CAPODISTRIA (*Istria*). — Scad. 31 mar.; con Maresego; L. 9000 e quadrienni dec.; c.-v.; per uff. san. L. 1000; età 25-40 a., s. eccez. regolamentari. Tassa L. 50.

MONZA. *Congregaz. di Carità*. — Medico secondario nel Civico Ospedale; scad. 25 mar.; v. fascicolo 8.

PADOVA. *Laborat. Provinc. d'Igiene e Profilassi*. — Assistente per la Sez. Medico-Micrograf. e detto per la Sez. Chimica; L. 10,000 oltre L. 1500 serv. att. e 10 % partecipaz. proventi.

PALLARE (*Genova*). — Scad. 31 mar.; con Biestro; L. 9400; rivolgersi Segreteria com.

POLLINA (*Palermo*). — Proroga 31 marzo.

ROBELLA (*Alessandria*). — Consorzio; L. 10,000; scad. 15 apr.

ROCCAMASSIMA (*Roma*). — Al 15 apr.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dall'11 feb.; stip. L. 10,500, oltre L. 600 cav., L. 400 uff. san., c.-v., 5 quadr. decimo, L. 100 mensili arm. farm.

ROMA. *Ministero della Marina*. — Tredici tenenti medici in servizio permanente nel Corpo sanitario militare marittimo; scad. 20 apr.; vedi fasc. 8.

S. BASILIO (*Cagliari*). — Scad. 31 mar.; con Boni; L. 12,000 oltre L. 2000 trasp. e L. 500 uff. san.; tassa L. 50,10; schiarim. dalla Segret. com.; docum. al presidente del Consorzio.

S. CANDIDO (*Bolzano*). — Scad. 31 mar. Chiedere bando.

SAN DONÀ DI PIAVE (*Venezia*). — Uff. san.; scad. 31 mar.; v. fasc. 9.

SENIGALLIA (*Ancona*). — Scad. 7 apr.; 2 condotte rurali; L. 8500 e quadrienni dec., c.-v. (se ammogliato o vedovo con prole di età infer. a 18 a.); L. 3500 cav.

SERRACAPRIOLA (*Foggia*). — Scad. 29 mar.; lire 9000 e c.-v. Limite età a. 35. Chiedere avviso.

SERRA S. ABBONDIO (*Pesaro-Urbino*). — A 30 giorni dal 1° mar.; L. 8000 oltre L. 3000 cav. e compenso per uff. san.

SPEZIA. *Amministrazione Provinciale*. — A tutto 15 aprile, Direttori Sezione del Laboratorio Provinciale Igiene e Profilassi. V. fasc. 8.

TREVISO. *Amministrazione Provinciale*. — Direttore della Sezione Medica-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e di Profilassi; scad. 31 mar.; v. fasc. 7.

VARESE. Medico aiuto alla Clinica privata « La Quiete ». Esigesi conoscenza lingue perfetta pratica di laboratorio e di tutti gli esami clinici collaterali. Titoli. Rivolgersi Direzione medica.

VERONA. *Commissione Reale per la Provincia*. — Direttore della Sez. medico-micrografica dei Laboratori provinciali; proroga al 31 mar., ore 16. Titoli. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria generale della Provincia.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Al Consiglio Superiore della P. I. sono stati sorteggiati per la parziale rinnovazione i proff. Mario Donati, Agostino Gemelli, Luigi Simonetta.

Sono nominati i proff.: Angiola Borrino di clinica pediatrica a Sassari, Vito Maria Buscaino di clinica neuropsichiatrica a Messina, Luigi Torraca di patologia chirurgica a Sassari.

Il prof. Igino Spadolini, di fisiologia, è trasferito da Cagliari a Siena.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Torino.

Prolusione del prof. Mario Donati.

Nell'Aula Magna dell'Università il prof. Mario Donati, successore del prof. sen. Carle alla cattedra di Clinica Chirurgica, ha tenuto il giorno 5 marzo il discorso di prolusione parlando sul tema: « Indirizzo biologico in chirurgia ». Grande era l'attesa nel mondo medico torinese di riudire la parola del giovane e già tanto illustre Maestro che ritorna a Torino dopo aver diretto le Cliniche di Modena e di Padova. Nella vastissima sala gremita assistevano alla prolusione oltre tutta la classe medica, numerosissime autorità e numerosi professori delle Università sorelle venuti espressamente a Torino. L'oratore evocò dapprima con commosse parole la figura di Antonio Carle che fu suo amato Maestro e del quale in quella stessa Aula erano state celebrate le onoranze poco prima della scomparsa. Annunciò che con pensiero gentilissimo la signora Adele Carle ha voluto fare il prezioso dono di un busto in bronzo del grande estinto, opera dello scultore Canonica, busto che sarà posto nella nuova aula di Clinica chirurgica. Assumendo la successione del grande Maestro l'oratore disse di sentire insieme a tutto il grandissimo onore, del quale ringrazia i colleghi tutti della Facoltà di Torino, l'alto compito che gli spetta e che gli è stato assegnato. Entra quindi a parlare della concezione ch'egli ha dell'insegnamento della clinica chirurgica, dei compiti scientifici della Clinica, degli

indirizzi biologici moderni e delle loro ripercussioni ed applicazioni nella chirurgia. Accenna al nuovo assetto dato alla Clinica nell'Ospedale San Giovanni che pure essendo provvisorio risponde alle necessità tecniche moderne. La Clinica non deve accontentarsi di applicare le conquiste scientifiche nel modo migliore ma deve indirizzare e collaborare per le nuove conquiste dell'avvenire; e l'oratore ritiene che non nella tecnica operatoria potranno avvenire i maggiori progressi ma dallo studio biologico dell'ammalato, nella sua preparazione operatoria e nella sua assistenza postoperatoria. Entra poi nel vivo di questi argomenti dimostrando quali e quante questioni di straordinario interesse scientifico e pratico gli studi moderni abbiano sollevato. Dagli studi riguardanti le moderne forme di anestesia a quelli sullo stato biochimico organico che condiziona la rapidità di guarigione delle ferite, a quelli sul ricambio e il meccanismo di fissazione del calcio che condizionano il consolidamento delle fratture, l'oratore mostra quali campi di studio e di applicazioni pratiche si prospettino al chirurgo moderno e termina con un felice appello ai giovani studenti ai quali è affidato il progresso futuro della scienza.

L'oratore fu a lungo applaudito e fatto segno all'affettuoso omaggio dei colleghi.

CIPRIANI.

NOTIZIE DIVERSE.

Calendario dei Congressi del 1928.

25 marzo-1° aprile, Parigi, Settimana odontologica e 37° Congresso dentario. Segretario: Roger Renault, avenue Laumière 39, Paris (19e).

2-4 aprile, Roma, 24° Congresso italiano di dermatologia e sifilografia. Segr. gen.: prof. Vincenzo Montesano, piazza Campo Marzio 3, Roma (120). V. fasc. 1.

3-8 aprile, Casablanca, Seconde Giornate Mediche Marocchine. Segr. gen.: Dr. Lépinay, rue de Marseille, Casablanca (Marocco). V. fasc. 45 del 1927 e 3 del 1928.

12-14 aprile, Bologna, Congressi delle dottoresse in medicina. Segr.: Dott.sa L. Giorgi, Archiginnasio, Bologna. V. fasc. 7.

21-25 apr., Bruxelles, 7a Sessione delle Giornate Mediche di Bruxelles, Segr. gen.; Dr. Beckers, rue Froissart 62, Bruxelles. V. fasc. 1 e 9.

29 apr.-2 mag., Lisbona, Congresso portoghese di medicina. Segr. gen.: Dr. da Costa Sacadura, Lisbona.

30 apr.-1 mag., Napoli, Congresso di igiene della scuola e patologia infantile. V. fasc. 8.

3-5 mag., Palermo, Congresso italiano di oftalmologia. V. fasc. 8.

10-11 mag., Bath, Conferenza internaz. sulle affezioni reumatiche. Segr. gen.: Dr. Vincent Coates, The Circus 10, Bath (Inghilterra). V. fasc. 4.

14-16 mag., Firenze, 8° Congr. italiano di radiologia medica. Segr.: dott. Manlio Gembillo, via degli Alfani 33, Firenze. V. fasc. 3 e 11.

23-30 mag., Bucarest e Costanza, 5° Congresso internaz. di talassoterapia. Segr.: Comité d'action, rue Izvor 14, Bucuresti (Rumania). V. fasc. 2.

1-5 lug., Rio de Janeiro, Prime Giornate Mediche di Rio de Janeiro. Segr. gen.: prof. Belmiro Valverde, rua S. José 84, 8° andar, Rio de Janeiro (Brasile).

2-8 lug., Parigi, Congresso internaz. dell'abitazione. Segreteria generale: rue de Sévigné 29, Paris.

5-8 lug., Parigi, Congresso internaz. d'assistenza pubblica e privata. Segreteria gen.: rue de Miromesnil 49, Paris.

8-12 lug., Parigi, Congresso internaz. per la protezione dell'infanzia. Segreteria gen.: avenue Victor-Emanuel III 37, Paris (8e). V. fasc. 49 del 1927.

8-13 lug., Parigi, Conferenza internaz. dei servizi sociali. Segreteria gen.: rue Vélasquez 2, Paris.

23-27 lug., Stoccolma, 2° Congr. internaz. di radiologia. Segretaio: dott. Alexes Renauder, Sophiahemmet, Stockholm (Svezia). V. fasc. 51 del 1927.

23-28 lug., Anvers, 32° Congresso degli alienisti e neurologi di lingua francese. Segr. gen.: Dr. Meens, Nervierstraat 21, Anvers (Belgio). V. fasc. 1 e 9.

20 lug.-1 ag., Copenaghen, 1° Congresso internazionale di oto-rino-laringologia. Segr. gen.-cassiere: Dr. Georgen Moller, Likkesholms Alle 8, Copenhague V, Danimarca. Vedi fasc. 49 del 1927 e 1 del 1928.

25-27 settembre, Roma, 6a Conferenza dell'Unione Internazionale contro la Tubercolosi. V. fascicolo 2.

Settembre, Losanna e Leysin, 1a Conferenza internazionale della luce. Segretario gen. per l'Italia: prof. Giulio Ceresole Ospedale Civile, Venezia. V. fasc. 9.

Settembre, Buenos Aires, 1a Conferenza latino-americana di neurologia, psichiatria e medicina legale. Segr. gen.: Santa Fé 1171, Buenos Aires. V. fasc. 45 del 1927.

Ottobre, Roma, Congressi italiani di medicina interna, chirurgia, urologia e ortopedia.

Ottobre, Parigi, Congressi francesi di chirurgia, urologia e ortopedia.

4-7 nov., Bordeaux, Giornate mediche di Bordeaux e cinquantenario della Facoltà di Medicina.

12-23 dic., Cairo, Giornate Mediche d'Egitto. V. fasc. 10.

15-22 dic., Cairo, Congresso internaz. di medicina tropicale. Segr. gener.: Ufficio del Congresso, Facoltà di Medicina, Cairo. V. fasc. 6.

Congresso Italiano di Radiologia Medica.

Come è stato già annunziato, nei giorni 14, 15 e 16 del prossimo maggio avrà luogo in Firenze, sotto la presidenza del prof. Luigi Siciliano (Direttore dell'Istituto di Radiologia della R. Università) l'VIII Congresso Italiano di Radiologia Medica con annessa Esposizione Industriale di materiale elettro-radiologico, cui S. E. il Capo

del R. Governo Benito Mussolini ha concesso l'Alto Patronato.

L'inaugurazione si farà il 14 maggio in Palazzo Vecchio alla presenza di un membro del R. Governo; i lavori del Congresso e l'Esposizione si terranno nei locali della R. Scuola di Sanità Militare gentilmente messi a disposizione dalle competenti autorità.

Al Congresso faranno seguito delle interessantissime gite a Fiesole, Siena, S. Gimignano e Montecatini (quest'ultima gentilmente offerta dalla Spett. Direzione delle RR. e Nuove Terme e dalla Società degli Albergatori di Montecatini). Il Comitato ordinatore ha ottenuto per i partecipanti al Congresso speciali riduzioni ferroviarie, dal 10 aprile al 31 maggio 1928 per i viaggi di andata e ritorno per Firenze; speciali riduzioni di tariffa in alcuni dei principali alberghi e l'ingresso gratuito nei Musei, Gallerie, Cenacoli e Palazzi Storici di Firenze.

Il prezzo della tessera (che dà diritto ad essere Soci del Congresso e a tutte le facilitazioni anzidette) è di L. 50 per i medici che non sono iscritti alla Società Italiana di Radiologia Medica, e di L. 30 per i Soci aderenti (famiglie dei medici).

Per iscriversi al Congresso o per qualsiasi informazione occorre rivolgersi al Segretario del Congresso e Commissario per l'Esposizione Industriale dott. Manlio Gembillo (Istituto di Radiologia della R. Università, via degli Alfani, n. 33, Firenze).

L'Istituto superiore di educazione fisica.

Come abbiamo annunziato, il 5 febbraio furono inaugurati in Roma i corsi dell'Istituto superiore fascista di educazione fisica, la cui sede è già in avanzata costruzione.

L'Istituto, che ha per scopo la formazione di specializzati nella coltura ginnico-sportiva, comprende un corso biennale, cui gli allievi possono essere ammessi col diploma di secondo grado delle scuole medie, per il conseguimento del diploma di abilitazione all'insegnamento della coltura ginnico-sportiva; un terzo anno facoltativo, al quale verranno ammessi soltanto coloro che avranno conseguito il diploma di abilitazione con una media di 8/10, servirà per ottenere la laurea di dottore in coltura ginnico-sportiva.

La sede dell'Istituto, che sarà una vera università nella quale dovranno trovar posto i più vari elementi dell'insegnamento, sta sorgendo in Viale Angelico, a lato dell'Istituto militare della Farnesina, su un'area di trentunmila metri quadrati. L'edificio si compone di due corpi di fabbrica paralleli, con annessi fabbricati laterali minori, e un terzo corpo che li allaccia al centro. Il terreno coperto è di circa seimila metri quadrati.

Nell'Istituto troveranno posto, oltre le aule coperte, destinate all'insegnamento teorico, i gabinetti scientifici, la sala per la lotta greco-romana, quella per la *boxe*, quella per la scherma, una immensa palestra con ampie tribune, una palestra minore, e ancora spogliatoi, bagni, docce, servizi.

I locali per il convitto, che è obbligatorio, sono composti di sei vasti dormitori, per duecento convittori, ventiquattro sale da studio, un refettorio, 1 parlatorio, e sale di convegno, gli uffici del rettorato, l'abitazione del direttore del convitto, l'infermeria.

L'Istituto avrà anche la biblioteca, con aule da studio, la sala di raccolta fotografica, con un museo, una grandiosa aula magna nonchè tutti i servizi, distribuiti razionalmente con i criteri della tecnica più moderna.

Inoltre, vicino all'edificio, si apriranno il campo sportivo, delle dimensioni prescritte per partite internazionali, i campi per i salti in alto e in lungo, per il lancio del disco e del giavellotto, della palla a cesto e della palla a volo. Una pista regolare di cinquecento metri di sviluppo e di otto di larghezza, corre intorno al campo. Lungo i rettilinei, di metri centotrenta, della pista, sono le tribune, delle quali una doppia, prospiciente il tennis.

In attesa che il grande edificio sia completo, gli allievi dell'Istituto alloggeranno provvisoriamente nella Scuola militare della Farnesina.

Intanto, è già stato quasi completamente organizzato il corpo insegnante dell'Istituto; del convitto sarà probabilmene rettore il seniore Rossi, coadiuvato da un centurione e da tre capi-manipoli della Milizia.

Gli allievi dell'Istituto assisteranno durante i corsi a frequenti conferenze scientifiche, tecniche, legislative, ecc. tenute da uomini di fede fascista.

Sessione delle Libere Docenze.

Una Ordinanza Ministeriore, 1° febbraio 1928, pubblicata nel *Bollettino Uff. P. Istruzione*, 14 febbraio 1928, n. 7, avverte che « la sessione delle Libere docenze per l'anno corrente si inizierà col 1° ottobre e si chiuderà col 31 dicembre 1928 ».

Il termine per la presentazione delle domande è fissato al 31 maggio prossimo venturo. Le domande, in carta legale da L. 3, e i documenti devono essere inviati al Ministero colla indicazione della materia per la quale l'abilitazione viene chiesta.

Commissione internazionale permanente delle malattie professionali.

Terrà la sua 4ª adunanza a Lione, dal 3 al 6 aprile. Sono all'ordine del giorno i temi: « Silicosi », relatori: Dr. Maurogordato (Johannesbourg) per l'etiologia, prof. Boehme (Bochum) e Thiele (Dresda) per la clinica, prof. Collis (Cardiff) per la legislazione; « Pneumoconiosi », relatore il prof. Sternberg (Vienna); « Cataratta di origine professionale », relatore da designare per l'etiologia, prof. Rollet (Lione) per la clinica; « Apparecchio endocrino e intossicazioni », relatori i proff. G. Biondi (Siena), L. Ferrannini (Cagliari) e N. Pende (Genova). La quota per gl'ita-

liani è di fr. francesi 50. Presidente del comitato organizzatore è il prof. Etienne Martin, rue du Plat 10, Lyon. Per le adesioni rivolgersi all'Ufficio della Commissione, S. Barnaba 8, Milano (114).

Il corso teorico-pratico d'infortunistica.

Il 1° marzo fu solennemente inaugurato l'annunziato corso teorico-pratico di perfezionamento in infortunistica per medici e studenti, istituito in Roma dalla Cassa Nazionale Infortuni. Alla cerimonia presenziavano l'on. Bisi, l'on. Blanc, il comm. Anselmi ed altre spiccate personalità. Pronunziò il discorso inaugurale l'on. Bonardi, presidente dell'Istituto; poi il prof. D'Alessandria, consulente medico capo, tenne la prolusione del corso; infine l'on. Bisi, sotto-segretario al Ministero dell'Economia Nazionale, volle esprimere il suo compiacimento per la provvida iniziativa ed illustrarne le finalità.

Corso di perfezionamento in igiene.

Sarà tenuto presso l'Istituto d'Igiene della R. Università di Milano, a partire dal 14 aprile, per la durata di 2 mesi, per aspiranti al posto di ufficiale sanitario. Tasse complessive L. 380. Modalità consuete.

Al Congresso internazionale d'idrologia.

Il XII Congresso internazionale d'idrologia, climatologia e geologia mediche, adunatosi a Lione dal 5 al 9 ottobre scorso, ha emesso, tra gli altri, i seguenti voti: 1) perchè i fattori del clima delle stazioni idrominerali non siano artificialmente modificati e in particolare siano tutelate le foreste, per una profondità di parecchi chilometri, e in Francia siano poste, come le sorgenti, sotto la sorveglianza dell'Accademia di Medicina; 2) perchè sugli introiti dei giochi delle stazioni idrominerali e climatiche, ai quali oggi si attinge per scopi svariati, sia stabilita una dotazione da devolvere a favore delle stazioni stesse; perchè in ogni stazione sia organizzato un padiglione d'isolamento per le malattie contagiose. (La *Presse Thermale et Climatique*, 15 feb. 1928).

Per la lotta antimalarica.

Il congresso dell'Associazione dell'Estremo Oriente per la Medicina Tropicale, adunatosi a Calcutta nello scorso dicembre, ha approvato un ordine del giorno proposto da M. Watson secondato da S. R. Christophers, col quale si fanno voti: 1° che le spese d'ingegneria (ferrovie, canali, porti, ecc.), spesso causa di malaria, siano sottoposte all'approvazione preliminare delle autorità sanitarie; 2° che le misure antimalariche siano adattate alle varie località, ma si dia la preferenza a quelle dirette contro le zanzare, in specie alle opere di natura permanente; inoltre si rileva che nelle regioni rurali scarsamente popolate conviene valersi di misure svariate, come drenaggi, diserbi, miglioramento dei metodi agricoli, miglioramento delle abitazioni, educazione del popolo.

Per le ispezioni medico-scolastiche in Francia.

Il Ministro francese della P. I., Herriot, che già aveva, come Sindaco di Lione, dato largo impulso allo sviluppo dell'igiene scolastica in quella città, ha presentato alla Camera francese un progetto di legge per l'istituzione di un servizio obbligatorio d'ispezione medica in tutte le scuole elementari pubbliche.

Secondo il progetto, il servizio dipende dal Prefetto che fa determinare dal Consiglio dipartimentale le circoscrizioni mediche, il numero dei medici ispettori e delle vigilatrici, ma può anche prendere queste determinazioni d'ufficio.

I medici scolastici, dipendenti dall'ispettore dipartimentale d'igiene, devono dedicarsi esclusivamente alla loro funzione pubblica ed è loro proibito l'esercizio professionale; eventualmente possono avere altri incarichi negli uffici dipartimentali e comunali d'igiene.

Le assistenti d'igiene coadiutrici del medico potranno essere addette solo alla funzione di vigilatrice o anche ad altri servizi pubblici d'igiene. Esse servono di collegamento fra il Comune, il direttore della scuola e il medico da una parte, e le famiglie dall'altra.

L'ispezione si esercita sull'edificio e gli arredi, sullo stato sanitario e igienico degli scolari e nei riguardi dell'orientamento professionale.

La visita individuale degli allievi dev'essere praticata almeno una volta all'anno per segnalare alle autorità scolastiche e alle famiglie le anomalie riscontrate, annotandole sulla carta biografica. Questa dovrebbe contenere anche l'indicazione semestrale del peso e della statura, l'acutezza visiva e uditiva, le note pedagogiche relative alla frequenza, alla condotta, alla memoria, al progresso, ecc.

Le spese per il servizio sono a carico dei Comuni, dei Dipartimenti, dello Stato. I Comuni che dimostreranno di avere un'organizzazione sufficiente alle esigenze di questa legge, potranno essere autorizzati dai Ministri dell'Istruzione pubblica e della Igiene a conservare la loro speciale organizzazione.

Per lo studio della paralisi infantile.

Un anonimo « amico dell'Università di California » si è impegnato a dare, per il restante della sua vita, la somma annua di 5000 dollari e di legare nel testamento la somma di 100,000 dollari, da destinare alla profilassi e cura della paralisi infantile; qualora, però, insorgessero altre gravi epidemie infantili, gli stanziamenti potranno essere devoluti allo studio di esse. Gli stanziamenti sono messi a disposizione della « Hooper Foundation », la quale attualmente è diretta dal dott. Karl F. Meyer.

Per la trasfusione del sangue nella Czecoslovacchia.

Si è costituita a Praga una Società i cui membri si offriranno gratuitamente a dare il proprio sangue negli ospedali della Czecoslovacchia.

Limitazione degli studenti di medicina in una Università Americana.

Presso la Scuola Medica dell'Univesità di Michigan le domande d'iscrizione all'inizio di quest'anno scolastico sono salite a 900, di cui 798 si riferivano a giovani che presentavano tutti i requisiti richiesti; siccome però i posti disponibili sono solo 200, le autorità universitarie hanno stabilito di procedere ad una selezione in base ad « interviste personali » con gli aspiranti, da parte di una commissione, composta del decano e di due professori della Facoltà oltre il presidente dell'Università come consulente. La commissione giudicherà delle maggiori o minori attitudini degli aspiranti per la carriera medica. Per il 1928 le domande dovranno essere presentate entro il 1° maggio e le interviste avranno luogo dal 1° al 15 luglio.

Il 4 febbraio si è spento, in età di 84 anni, il prof. FELIX MARCHAND, che è stato uno dei più eminenti cultori dell'anatomia patologica e della patologia generale.

Insegnò successivamente ad Halle, suo paese nativo, a Giessen, a Marburgo e, dal 1900, a Lipsia, ove rimase fino all'andata in riposo.

Molta parte della sua produzione concerne l'anatomia patologica degli organi genitali femminili: vanno particolarmente ricordati i suoi studi originalissimi sul corioepitelioma e sulla mola vescicolare. Un altro campo da lui coltivato con molto successo fu la patologia del cervello; in modo speciale ne ha studiato i teratomi. Fu anche portato ad occuparsi della dottrina dell'infiammazione e delle reazioni destate nell'organismo dai corpi estranei. Lascia una ricca copia di pubblicazioni, tra cui alcuni capitoli del grande Trattato tedesco di patologia generale e alcuni apprezzati studî critici.

Una meta che egli ha costantemente perseguito fu quella di ristabilire, tra l'anatomo-patologia e la clinica, i legami che Virchow e la sua scuola avevano violentemente spezzati.

Ha continuato e consolidato in Lipsia la tradizione di Wagner, Cohnheim, Birsch-Hirschfeld.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXV Roma, 26 Marzo 1928 Fasc. 12

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE E MENTALI
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CAGLIARI.

Proprietà biologiche specifiche delle ovaie dei vertebrati inferiori. Reazioni genetiche e reazioni antimaterne.

Nota preventiva del prof. CARLO CENI, direttore.

Il valore dell'opoterapia con estratti di ghiandole germinative è in pratica ancora molto discusso e noi dobbiamo pur troppo riconoscere che i risultati diversi ed opposti ottenuti fin qui giustificano pienamente lo scetticismo che ancor regna a tale proposito.

Ciò devesi evidentemente alle scarse cognizioni che si hanno sul meccanismo d'azione di queste ghiandole, il che obbliga il pratico a procedere ancora a tentoni senza un indirizzo scientifico.

Una dimostrazione sperimentale sugli animali dell'azione terapeutica delle ghiandole germinative tanto maschili quanto femminili si può dire che manchi e non da pochi ancora oggi si discute se i prodotti di questi organi, specialmente se introdotti per via parenterale, invece di un'azione benefica specifica esplichino un'azione deleteria inibitrice o citotossica (Wagner, Seitz, Biedl, Bocura, Floris, Loisel ecc.).

Il Kauders di recente sperimentò coll'ingestione in topi di alti dosi di estratto secco di testicolo e di ovaio (fino a gr. 6 al giorno di Testosan ed Ovosan della Casa Sanabo) e ha notato che tali sostanze esercitano un'azione inibitrice sugli organi sessuali di animali sani; mentre negli animali sottoposti alla legatura dei canali deferenti le stesse sostanze eserciterebbero un'azione omostimolatrice.

La così detta reazione *estrale* (Brunstreaktion) basata sulla azione iperemizzante che esercitano le iniezioni di estratti ovarici su genitali femminili di mammiferi castrati (Aschner, Iscovesco, Hermann, Zondek ecc.) costituisce oggi, si può dire, l'unica prova dell'azione specifica costitutiva delle ghiandole germinative femminili.

Tale proprietà tuttavia non è solo degli estratti ovarici, ma si estende ancora al liquido follicolare (R. T. Franck, Allen e Doisy, Courrier, Champy ecc.), e perfino al sangue e all'orina ecc., di donne puberi (Loewe e Voss, Loeve, Lange e Fraure).

Loewe, Voss e Paas hanno poi sperimentato non solo su cavie, topi e conigli, ma anche sulle galline iniettando estratti di placenta (Thelykinin) e notarono maggior sviluppo della cresta e una maggior tendenza alla produzione di uova.

Riddle e Tange cogli estratti di placenta e con liquore follicolare ottennero iperemia e aumento di peso dell'ovidotto di colombe giovani.

L'azione dei principi attivi, presupposti ormoni femminili, non sarebbe dunque soltanto sostitutiva, ma anche omostimolatrice, come provano ancor meglio i risultati di Zondek e di Truffi che nelle femmine giovani sottoposte alle iniezioni di tali estratti osservarono un precoce sviluppo dell'ovaio.

Meno ancora sappiamo dell'azione che l'opoterapia sessuale sperimentale esercita sulle altre ghiandole endocrine, Parhon e Goldstein coll'iniezione e coll'ingestione di estratti testicolari notarono un'atrofia della tiroide; mentre Hallion, Renon e Delille, e Mme. Parhon ottennero un'ipertrofia dello stesso organo.

Le ricerche furono fatte quasi sempre, da Brown-Séquard in poi, con ghiandole di mammiferi. Non mancano tuttavia tentativi eseguiti anche con organi di vertebrati inferiori rivolti a stabilire la presenza dei principi attivi specifici col metodo della reazione estrale e senza però tener conto dei periodi di attività degli organi stessi. Allen, Whitsett, Hardy e Kneibert ebbero risultati positivi cogli estratti di ovaio di uccelli e negativi con estratti di tuorlo d'uovo, sia con ovaio di pesci.

Di fronte a tante incertezze e contraddizioni ho intrapreso una lunga serie di ricerche sperimentali su ghiandole germinative di vertebrati inferiori, tenendo conto dell'intima correlazione tra l'attività di questi organi e l'erotismo dell'animale.

Le ricerche furono eseguite metodicamente con sostanza testicolare e ovarica in toto, essicata e polverizzata, di varie specie di uccelli e pesci nei diversi periodi di attività sessuale, somministrandola, in dosi fisiologiche e in dosi tossiche, per via orale, al pollo (gallo e gallina) che a tale scopo si presta meglio di qualsiasi altro animale.

Dico subito che i risultati variano da specie a specie e più ancora da fase a fase della vita sessuale degli animali.

Riguardo alla specie, in termini generali, i risultati più tipici si hanno da organi di animali dotati di maggior potere proliferante e con vive manifestazioni erotiche; per ciò che riguarda il periodo di attività sessuale i principi attivi assumono proprietà specifiche ben nette solo durante il periodo di attività massima degli organi, attività che non sempre corrisponde alla fase culminante degli amori.

Durante il periodo di riposo le ghiandole germinative possono essere del tutto inattive.

Mi limito a riassumere i risultati più dimostrativi con ovaie avute durante il periodo di massima attività da alcune specie di animali delle quali dirò a ricerche complete.

I. *Dosi minime di sostanza ovarica iperattiva di vertebrati inferiori.* — La sostanza ovarica iperattiva di vertebrati inferiori alla dose minima di gr. 0,10-20 somministrata per via orale rimane presso a che inattiva nelle galline giovanissime di 3-5 mesi di età. Invece la stessa dose nelle galline giovani e prossime alla maturità, come nelle galline adulte e in stato di riposo sessuale accelera lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari: cresta e bargigli, e promuove l'ovulazione con aumento da 200-500 di peso dell'animale se somministrato pel breve periodo di 20-30 giorni.

Speciale importanza presenta il modo di reagire la gallina durante il periodo della maternità.

La chioccia, sottoposta, subito dopo la covatura, all'ingestione di gr. 0,10 di estratto secco ovarico iperattivo e per un periodo di 15 giorni, già al 22°-24° giorno entra in ovulazione, depone regolarmente le uova e tollera la corte del gallo, pur disimpegnando contemporaneamente ancora, e per una settimana circa, la sua missione di madre. In seguito però l'impulso sessuale prevale su quello materno e la chioccia dopo 8-10 giorni abbandona a sè la prole immatura (*reazione genetica e reazione antimaterna*).

Sacrificata la chioccia al 22°-26° giorno dopo la covatura cioè quando l'istinto materno è ancora vivace o è solo affievolito si riscontra sempre l'ovaio provvisto di insoliti numerosi ovuli e prossimi alla maturità; come pure la pineale fornita di ampi alveoli ricchi di colloide; mentre la tiroide, le paratiroidi, le surrenali e l'ipofisi sono in ipofunzione come nel periodo di ovulazione naturale. Ipofunzionante è sopratutto la tiroide che appare assai povera di colloide, pur conservando gli alveoli in parte ancor dilatati e con epitelio appiattito, caratteristici dell'ipertrofia colloidea dell'organo durante il periodo della maternità.

II. *Dosi massime di sostanza ovarica iperattiva di vertebrati inferiori.* — Le dosi massime di sostanza ovarica iperattiva di vertebrati inferiori vanno da gr. 1 a gr. 6 al giorno e furono somministrate progressivamente nel periodo di 2-4 mesi.

La dose di gr. 1-2 di estratto secco di ovaio iperattivo, somministrata anche per 30 giorni, agisce a un di presso come la dose minima, fa-

vorendo l'ovulazione e lo sviluppo dei caratteri sessuali somatici della gallina in riposo sessuale. In seguito, aumentando progressivamente la dose fino a raggiungere quella massima di gr. 6 al giorno, l'ovulazione si arresta e l'animale, pur conservando sempre i caratteri sessuali esterni, appare meno vivace di prima e dimagra. All'autopsia di galline sottoposte all'ingestione per 4 mesi si ha: cute, masse muscolari e tutti gli organi interni di un colore più oscuro del solito con scomparsa ovunque di ogni traccia di grasso. L'ovaio è in stato di riposo, ma conserva sempre numerosi ovuli di media grandezza. Nettamente ipofunzionanti sono invece tutte le altre ghiandole endocrine, compresa la pineale. Ma l'ipofunzione è sempre più marcata nella tiroide i di cui alveoli sono piccoli, provvisti di colloide scarsa e vacuolizzata e tappezzati di epitelio rarefatto ed involuto.

III. *Sostanza ovarica di mammiferi.* — Allo scopo di stabilire un confronto fra le proprietà specifiche genetiche e antimaterne delle ghiandole germinali iperattive di vertebrati inferiori e quelle dei mammiferi fu sperimentata nel pollo e più specialmente nella chioccia l'ingestione della sostanza ovarica e di quella testicolare in toto, essicata e messa in commercio come estratto secco e sotto forma di compresse o di polvere dei principali istituti opoterapici, cioè dalle Case: Difco (Mich, U. S. A.), Degewop (Berlino) e Sanabo (Vienna).

Gli estratti ovarici secchi globali con e senza corpo luteo, come pure il corpo luteo puro somministrati a galline e a chioccie alla dose anche 5 e più volte superiore alla dose minima fisiologica delle ghiandole di vertebrati inferiori, cioè alla dose di gr. 0,50, diedero risultati negativi, vale a dire non provocarono nè *reazioni genetiche*, nè *reazioni antimaterne*.

CONCLUSIONE.

Pur non volendo per ora far seguire commenti ai risultati delle ricerche sopra esposte, non posso far a meno di richiamare l'attenzione sui fatti più salienti da essi emersi e che si possono così riassumere:

1) Le proprietà specifiche dell'ovaio di vertebrati inferiori variano notevolmente di grado, da specie a specie, e da fase a fase dell'attività fisiologica.

2) Le proprietà specifiche dell'ovaio di vertebrati inferiori sono in rapporto diretto colla potenzialità procreatrice della specie e raggiungono il massimo grado durante le fasi di attività massima dell'organo.

3) Le proprietà specifiche della ghiandola iperattiva sono facilmente dimostrabili nella gallina, sopratutto durante il periodo della maternità (chioccia), sottoposta all'ingestione di dosi fisiologiche minime (gr. 0,10) della sostanza in toto essicata, per 15 giorni. Tale dose provoca un rapido sviluppo dei caratteri sessuali secondari, determina un'iperattività dell'ovaio e della pineale facendo entrare l'animale in ovulazione al 20-22° giorno (*reazione genetica*). Contemporaneamente tale dose provoca il silenzio dell'impulso materno (*reazione antimaterna*) ed esercita un'azione *inibitrice* sulla tiroide e paratiroidi, surreni ed ipofisi, nonchè un'azione *anabolica* con aumento del peso dell'animale.

4) L'ingestione di dosi elevate (gr. 1-6 al giorno) se continuata a lungo esercita invece un'azione *catabolica* e inibisce tutte le ghiandole endocrine comprese le surrenali.

5) La sostanza ovarica di mammiferi messa in commercio sotto forma di estratto secco, con o senza corpo luteo, anche somministrata alla chioccia ad una dose cinque e più volte superiore alla dose minima fisiologica dell'ovaia iperattiva di vertebrati inferiori di solito non provoca reazioni specifiche *genetiche* e *antimaterne*.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Su un caso di costole cervicali.

Dott. ANTONIO ALDO GARDELIN.

Lessi nel numero 23 del 6 giugno 1927 del *Policlinico*, Sezione pratica, una conferenza del prof. Staffieri David, della Università di Rosario S. Fè, *sulle coste cervicali*, e credo opportuno descrivere brevemente un caso clinico presentatosi parecchi mesi fa nel mio ambulatorio.

M. E. donna, da Favorita di Mestre (Venezia) di anni 28, ha due figli, ebbe un aborto parecchi mesi fa, in terzo mese, aborto accidentale in seguito a caduta. Nell'anamnesi: ebbe solo un fratello morto di meningite.

L'A., nata e cresciuta fisiologicamente, ha goduta ottima salute fino a otto anni fà che ebbe una pleurite secca a sinistra. Sposatasi, andò col marito nell'America del Sud, da dove dovette ritornare, consigliata dai medici locali, per respirare le arie native, causa disturbi che ora dirò.

Soggettivamente: l'a. avverte poca tosse, leggerissimo catarro, non febbre, non ebbe mai emottisi, leggero dolore gravativo all'emitorace sinistro, poco appetito, alvo e mestruo regolare.

A questi disturbi essa veramente non fa gran caso ma attira l'attenzione del medico per un dolore di intensità variabile, e non costante a tipo lancinante, gravativo che iniziandosi dalla cavità sopraclavicolare di sinistra si irradia, in

alto alla parte sinistra della faccia, della fronte e della nuca, in basso all'arto superiore di sinistra. Alcune volte avverte, oltre il dolore, transitorii formicolii e leggere parestesie, tremori, crampi all'arto sinistro i cui movimenti appaiono un po' impacciati e difficoltati; le parestesie qualche volta si manifestano a forma di vere paresi dolorose passeggere.

Oggettivamente: all'esame clinico, sorpassando l'esame dei polmoni, che m'ha dato solamente lieve reazione pleurica a sinistra, noto la marcata discordanza di forma delle due fosse sopraclavicolari. Mentre quella di destra è leggermente incavata e nel respiro profondo mobile fisiologicamente, e nulla percepisco di anormale alla palpazione, quella di sinistra è deformata,

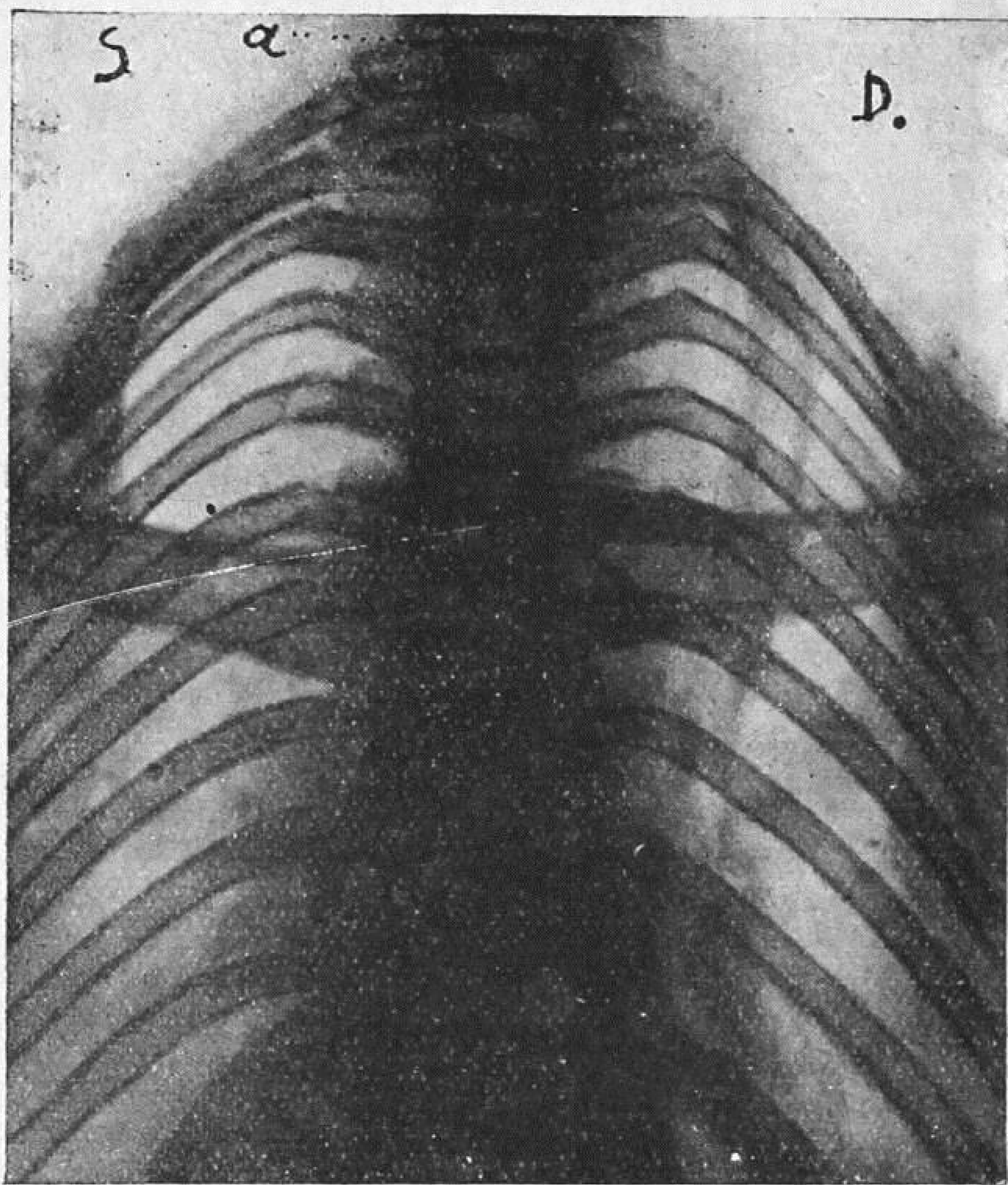


FIG. 1.

appare convessa, rotondeggiante perchè i tessuti muscolo cutanei della regione sono rialzati a modo di cupola da un tumore, sito nel centro della fossa, il quale alla palpazione è rotondeggiante, del volume di circa una noce, leggermente ruvido, fisso. Nei movimenti respiratorii la suddetta convessità si muove minimamente seguendo il ritmo della gabbia toracica.

Esaminando: l'arto di sinistra vedo che il volume, comparativamente all'altro lato, è diminuito in media, nelle varie circonferenze, di due, tre cm. Non mi fu possibile vedere fenomeni vasomotorii che l'A. mi descrive come cianosi e raffredamento dell'arto. I fenomeni sensitivi e riflessi sono normali. Facendo pressione sul tumore sopradescritto si risvegliano, esacerbandoli, i dolori all'arto e al lato sinistro della faccia.

La Wassermann riuscì negativa, così pure altri esami di laboratorio.

Radioscopicamente esaminata l'a. noto che la regione apicale di sinistra in confronto della destra, è di molto ingrandita, a cupola, leggermente velata e poco rischiarabile con i colpi di tosse, l'emitorace di sinistra in totalità è leggermente opacato; le coste e il diaframma a confronto del lato opposto, nei movimenti respiratorii, sono meno mobili. Null'altro di patologico avverto sull'ambito polmonare.

Eseguii al soggetto delle radiografie nella posizione antero-posteriore in posizione eretta, altre desideravo farne, ma l'A., fatta che ebbi la diagnosi e consigliato l'intervento operatorio, non si fece più vedere nel mio ambulatorio. Nelle radiografie spostai l'ampolla raggi X in modo che più appariscente mi risultassero le due regioni apicali.

Nella prima radiografia (fig. I) segnai con una listerella di piombo il corpo della settima vertebra cervica (a) e il lato sinistro (S).

Dalla prima radiografia noto, nel lato sinistro,

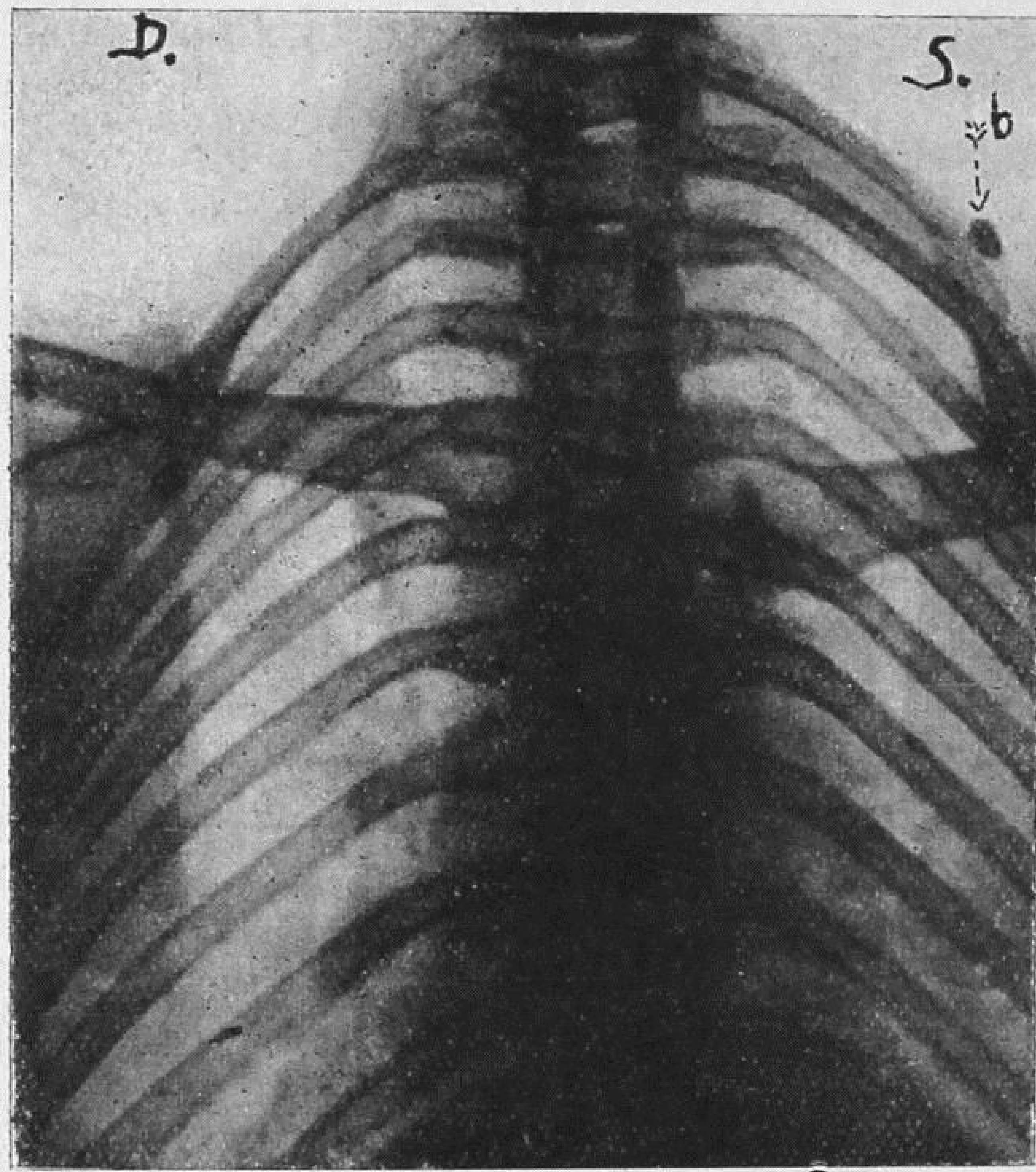


FIG. 2.

che dal processo trasverso della vertebra prominente parte una costa che segue la prima costa toracica, quasi parallela ad essa, fino circa l'altezza dell'angolo costale dove termina ingrossandosi a modo di capitello con facie, che sembrano articolari a leggero angolo convesso tra loro; nella sua continuità si nota una massa più grossa, quanto un fagiuolo, che si continua in un prolungamento curvo internamente e assottigliandosi lungo circa tre cm., quest'ultima parte di costa è meno opaca ai raggi X. A destra noto invece una costa che partendo dal processo trasverso della vertebra prominente fa col processo quasi un angolo retto, si porta in basso e in avanti parallela quasi alla colonna vertebrale leggermente spostandosi in fuori, a due centimetri da essa e arriva all'altezza della sesta vertebra toracica allargandosi a modo di spatola e terminando ad angolo.

In una seconda radiografia segnai con un piccolo disco di piombo « b » l'apice del tumore che notai sulla fossa sopraclavicolare sinistra e vidi che essa corrispondeva alla articolazione delle due parti della costa sopranumeraria già notata.

Concludendo: dal lato diagnostico credo poter affermare di essere di fronte a una malformazione congenita bilaterale di coste cervicali sopranumerarie. Studiando ora il comportarsi delle due coste sia in rapporto a loro stesse, sia con gli altri organi con cui sono in contatto si vengono a spiegare i fenomeni patologici soggettivi e oggettivi che s'avvertono nell'ammalato. Infatti la sinistra costa sopranumeraria nel suo decorso seguendo la direzione della prima costa toracica, delimitando così pur essa la parte superiore sinistra della gabbia toracica, restringe la regione topograficamente detta sopraclavicolare; credo inoltre che il tumore, che risulta di due parti diverse tra loro unite, che precedentemente dissi articolate, non sia altro che il callo osseo di una frattura della costa nel luogo di unione della sostanza ossea con la cartilaginea, fenomeno patologico a cui i più degli autori dicono facile essere esposte le coste sopranumerarie.

Con ciò veniamo a spiegare il dolore e gli altri fenomeni clinici causati, sia dal postumo del processo patologico stesso impiantatosi sulla costa (callo osseo ex frattura), sia per le anormali relazioni e per la costrizione stessa esercitata dalla costa su organi importanti della base del collo (arteria e vena succlavia, radici del plesso cervico-brachiale, cupola pleurica, ecc.), venendo così pure a spiegarsi anche l'etiologia della leggera infiltrazione pleurica che si è notato a sinistra.

A destra invece, pur avendo eguale fenomeno di malformazione, per la posizione direi quasi di riposo della costa non abbiamo avuto il fenomeno della frattura e del conseguente callo osseo e tanto meno tutti i fenomeni di compressione su organi delicati come si è verificato a sinistra.

Treviso, 2 dicembre 1927.

NOTE E CONTRIBUTI.

L'intossicazione da morso di vipera

per il dott. ATTILIO CATTANEO
Medico chirurgo dell'Ospedale Civile della Spezia.

Questo caso che in sè non ha nulla di eccezionale mi sono deciso a pubblicarlo sia per la rarità del fatto, essendo l'unico morso di vipera che è capitato presso questo Ospedale Civile Vittorio Emanuele II, sia perchè la possibilità e la volontà di studio postavi mi hanno fornito alcune note che non ritengo prive di interesse e di utilità.

P. E., di Riccò del Golfo (Spezia), anni 32, operaio.

Nulla nel gentilizio; mai ebbe a soffrire malattie degne di nota; fece il servizio militare durante la guerra quale marinaio.

Il paziente dice che il giorno 27-11-'27 alle ore 13 trovandosi a caccia scalzo nel territorio di Veppo fu morsicato al piede sinistro da una vipera che inavvertitamente aveva calpestato. Il p. racconta che nell'istante stesso in cui veniva morso ha avvertito un dolore locale violentissimo e come una vampata dolorosa di calore diffusa subito a tutto l'organismo quasi fosse stato investito da una forte scarica elettrica; poi vertigini, obnubilamento di vista, senso di nodo ed arsura alla gola e perdita momentanea di forze tanto che al disgraziato venne l'idea di buttarsi a terra ed abbandonarsi alla sorte sentendo quasi di dover soccombere. Riavutosi da questa specie di tormentoso languore, il paziente cercò aiuto e corse il più velocemente possibile verso la più vicina abitazione.

Giunto era tanta l'arsura che avvertiva in gola che visto un fiasco di vino sopra una tavola se lo accostò alle labbra e bevve copiosamente con una avidità enorme senza però riuscire a frenare quel senso di caldo bruciante che avvertiva.

Il primo sanitario che ebbe a visitarlo, capitato dopo oltre cinque ore, non potè far altro che causticare un poco le piccole ferite; intanto l'autolettiga accorsa trasportò l'infermo all'Ospedale della Spezia alle ore 19,30.

L'infermo è un giovane di costituzione robusta con masse muscolari sviluppate e toniche, pannicolo adiposo non abbondante; il colorito della pelle presenta una tinta leggermente livida; il paziente è presente a sè con coscienza perfetta, accusa forti dolori a tutto l'arto inferiore sinistro (quello morsicato), dolenzia e dolorabilità spiccate alle ghiandole inguinali di sinistra, dolori alla massa intestinale, un senso di pesantezza ed inceppamento nei movimenti muscolari, spiccata fotofobia, obnubilamento visivo e grande sforzo per tenere gli occhi aperti; senso di nodo o meglio di bolo alla gola.

All'esame si nota: Rima palpebrale notevolmente ristretta per ptosi, reazione pupillare torpida alla luce ed all'accomodamento; leggero stato miotico, paresi di tutti i muscoli oculari, specie dei retti esterni, leggerissima paresi del facciale

inferiore. Il paziente pronuncia male le parole per paresi delle corde vocali; il respiro è lento e rumoroso, frequentissimo il polso al punto da non potersi contare. Notasi pure notevole rossore ed edema a tutto il piede morsicato fino a metà circa della gamba. Le ferite sono rappresentate da una scalfittura alla base dell'alluce e da un piccolo foro sul dorso dello stesso dito, foro da cui fuoriesce, colla spremitura, qualche poco di sangue. Il paziente dopo la morsicatura non ha più orinato nè emesso feci. Temperatura 37,5.

Trattamento. — Appena giunto alla nostra osservazione, constatati i fatti di paresi multiple, le condizioni del polso, ecc., praticai immediatamente iniezioni doppie di stricnina e caffeina. Localmente allargai le ferite e colla spremitura tentai di far uscire, il più che fosse possibile, sangue e siero e poi con nitrato d'argento cauterizzai largamente le ferite e le parti dorsali e laterali del piede con strie longitudinali. Intanto non possedendo, disgraziatamente, la farmacia dell'Ospedale del siero Calmette, feci telefonare a numerose farmacie cittadine, ma purtroppo inutilmente. Infine, a caso, mi ricordai che un collega cacciatore doveva possedere di questo siero ed inviai immediatamente per averlo. Per fortuna il caso ci arrise e potei avere una fiala da 10 cmc. Frattanto, impotente a recare più valido rimedio, studiavo il mio malato e con una rapidità straordinaria vedevo sotto i miei occhi, in poco più di mezz'ora di osservazione, aumentare violentemente i disturbi sopra descritti e tra i più manifesti la paresi quasi completa del facciale (il paziente per vedere doveva sollevarsi colle dita le palpebre che si erano andate completamente chiudendo) e quella delle corde vocali (il paziente era impossibilitato ad articolare le parole). Giuntomi finalmente il siero iniettai senza indugio i 10 cmc. entro le vene, e fu caso sorprendente! Il paziente dopo pochi istanti dichiarò di sentirsi come completamente trasformato, e questa sensazione di benessere andò continuando vieppiù. Il paziente diceva di sentirsi più libero nel movimento; i dolori, sia spontanei che provocati, andarono rapidamente diminuendo fino a scomparire del tutto.

Tutti gli altri fenomeni, obbiettivamente apprezzabili, mi parve fossero per alcun tempo immutati, certo non si fecero più marcati.

Non ostante la cura specifica non tralasciai quella sintomatica; somministrai ancora lattosio, teobromina e caffeina cercando stimolare la diuresi e togliere anche in questo modo, se pur scarsamente, qualche poco dei veleni dall'organismo. Verso le ore 23 il paziente ebbe una prima scarica alvina seguìta in breve tempo da parecchie altre perfettamente liquide e che macroscopicamente davano l'impressione di materiali commisti a piccole quantità di sangue. La temperatura intanto toccò il massimo con 38,5 quindi andò scemando. Intanto apparvero sulla parte superiore del tronco e sul capo sudori, persistiti qualche ora, così abbondanti quale non mi era occorso vedere in altri malati. Il paziente cominciò pure ad urinare abbondantemente sinchè alle 8 del mattino dopo si potè misurare un litro di urina. Il primo sintomo di miglioramento, obbiettivamente, potei riscontrarlo circa 2 ore dopo l'iniezione Calmette, nel polso con 150 battiti circa mentre prima non ero riuscito a contarli; di poi, ma lentamente, andò diminuendo la paresi delle corde vocali ed in seguito anche quella del facciale, ecc. ecc., mentre persistè più ostinata la torpidità pupillare. Non ostante il sensibilissimo miglioramento verso le ore 10 del giorno appresso iniettai altri 10 cmc. di siero entro le vene dopo di chè il miglioramento progredì visibilmente in modo più che rapido tanto che il paziente dopo neanche 72 ore potè lasciare l'Ospedale perfettamente guarito.

Dagli autori viene descritto come caratteristico sintomo d'avvelenamento da morso di vipera la sonnolenza dei malati.

Orbene, dall'esame attento del nostro caso risultò mancare affatto questo sintomo tanto da farci pensare non dovere ad esso dare quella importanza che si vuole, se non addirittura negarlo.

Se noi osserviamo uno di questi pazienti è vero che subito ci colpisce l'atteggiamento di persona in preda ad uno stato di sopore, ma esso è soltanto apparente e dovuto al fatto che il paziente ha un rilasciamento dei muscoli mimici e tiene gli occhi chiusi sia per la spiccata fotofobia come pure per la paresi più o meno marcata del facciale.

Di più il malato tace perchè dolorosa e difficile gli riesce la parola; il respiro pur esso è lungo e lento, tutto un'insieme insomma che può facilmente illudere, ma se noi interroghiamo il paziente apprendiamo come ben lontano esso sia dal desiderio di dormire, solo ci chiederà di essere lasciato quieto, al buio ed in silenzio.

Passando poi a trattare della cura vediamo che da parecchi autori sono stati e sono tutt'ora magnificati trattamenti ch'io modestamente credo dover ad essi attribuire un valore non esagerato. Difatti a che possono giovare le iniezioni locali di acido fenico o permanganato di potassio se la intossicazione è generale? E tanto più poi se queste vengono fatte dopo molte ore, benchè vi siano medici che sostengono la loro efficacia perfino dopo 24 e più ore dalla morsicatura. Io che ho avuto la fortuna e la possibilità di seguire attentamente la fenomenologia ed ho visto il decorso così rapido e violento di essa oserei invece dire, in via generale, che se dopo le prime 24 ore il paziente non è entrato in coma esso ha molta probabilità di salvarsi perchè bene ha resistito il suo organismo indipendentemente dal problematico ausilio di questa o quella cura, che non sia la specifica, da noi intrapresa.

Anch'io cauterizzai con nitrato d'argento, ma, per dire tutta la verità, lo feci così tanto per far qualcosa non già per convinzione di effetto. Infatti cosa mai si può pretendere o sperare dal nitrato o dal termo-cauterio contro un *veleno chimico* che entrato da una porta qualsiasi ha di già intaccato tutto l'organismo e specie il sistema nervoso?

Quei casi fortunati avutisi con questa o quella cura io credo dipendano più che altro da uno di questi tre fattori: O che la vipera ha morso in una stagione in cui il veleno è notoriamente meno tossico, o morsicando ha potuto iniettare per una qualsiasi ragione poco veleno, oppure l'individuo morsicato era per robustezza o naturale disposizione, come succede anche pel veleno di altri animali, particolarmente ad esso resistente.

Concludendo, sia per ciò che il paziente ha riferito, sia per la personale attenta osservazione, noi affermiamo dunque che, a nostro avviso, unico, solo e rapido rimedio in coscienza efficace, quale può essere ad esempio il chinino nella malaria, è da considerarsi per la morsicatura di vipera il siero antivelenoso specifico Calmette, cosa che del resto ci deve sembrare fatto logicamente e scientificamente il più giusto e naturale.

RIVISTE SINTETICHE.

I riflessi condizionali.

La dottrina dei riflessi condizionali fu instaurata da Pawlow. L'insigne fisiologo russo espose le sue prime geniali vedute sull'argomento, frutto di lunghe e numerose ricerche sperimentali, qualche anno prima della guerra. Costretto sotto il regime czarista, a dimettersi dal posto di direttore dell'Istituto di fisiologia di Pietroburgo, egli non potette nel turbine della guerra e della rivoluzione continuare gli studi così pieni di promessa. Tuttavia il lavoro finora eseguito dal maestro e dai suoi allievi è sufficiente a mettere in evidenza l'originalità e la solidità di idee che aprono alla fisiologia ed alla psicologia nuovi orizzonti.

I riflessi ordinari sono caratteristici per la loro semplicità e per la loro costanza nei rapporti tra causa ad effetto nel senso che tra l'eccitante e la reazione il rapporto è determinato e permanente.

A questo gruppo appartengono i comuni riflessi midollari e bulbari, come i tendinei, la tosse, la secrezione salivare, i riflessi di difesa e tutti quegli altri riflessi che costituiscono la vita di relazione incosciente o istintiva.

Alcuni di questi riflessi si producono su archi diastaltici molto semplici, come è il caso del patellare, per altri occorre una sinapsi o gruppo di sinapsi midollare, per altri infine più complessi occorre la cooperazione midollare e bulbare.

Pawlow ha trovato che oltre a questi riflessi, che sono innati e comuni a classi intere di animali, e che si stabiliscono indipendentemente dalle variazioni ambientali e che perciò egli chiama assoluti o incondizionali, ve ne sono altri che si producono in seguito a condizioni occasionali e temporanee e che perciò egli chiama condizionali.

Per ben comprendere il meccanismo di questi riflessi basta indicare il più semplice e dal quale partì Pawlow per fondare la sua dottrina. L'alimento, agente differenziato, provoca in modo costante un riflesso assoluto di secrezione, ma se si associa a questo riflesso in determinate condizioni di ripetizione e di frequenza un eccitante indifferente durante l'alimentazione, quest'eccitante indifferente acquista per un certo tempo la proprietà di provocare da solo la stessa secrezione

Se si dà a mangiare ad un cane o gli si introduce dell'acido nella bocca, si ha la reazione fisiologica abituale, il riflesso incondizionato della secrezione salivare. Se contemporaneamente alla introduzione del cibo o di acido in bocca e per più volte si applicano differenti stimoli esterni, questi con l'andar del tempo diventano capaci da sè soli di provocare la reazione salivare.

Così una speciale condizione del mondo esterno provoca una risposta abitualmente determinata da altri stimoli, per modo che ad un riflesso stereotipico ed innato, si aggiunge un riflesso condizionato da circostanze nuove quando l'animale è già completamente sviluppato.

Questo tipo d'azione per coincidenza può svilupparsi per tutte le categorie di reazioni innate: di nutrizione, di difesa, di riproduzione.

Così gli organi entrano in attività non solo in seguito all'influenza dei loro eccitanti permanenti, abituali, innati, ma anche a quella di eccitanti temporanei, che talvolta sostituiscono quelli permanenti e quel che più conta rendono le relazioni dell'animale con l'ambiente più complesse e più sensibili.

I riflessi condizionali si possono stabilire in tre modi: per azione simultanea, ritardata e consecutiva. Nel primo caso, perchè il riflesso condizionale si stabilisca è necessario che l'eccitante indiretto o condizionale agisca simultaneamente con l'eccitante diretto o incondizionale. Se mentre si presenta ad un cane un alimento si fa suonare un campanello o si accende una lampada e ciò si ripeta per parecchi giorni, in capo a qualche tempo il suono del campanello o la luce della lampada saranno da soli capaci di determinare la secrezione salivare.

Nel secondo tipo, riflesso per azione ritardata, occorre che l'agente indiretto preceda quello diretto: si faccia suonare il campanello qualche tempo prima e fino al momento di presentare l'alimento.

Nei riflessi condizionali per azione consecutiva

l'agente indiretto agisce qualche tempo prima e cessa prima che l'agente diretto abbia avuto il suo effetto. Questi tipi di riflessi sono i più difficili ad ottenersi.

La secrezione salivare è la reazione incondizionale che più agevolmente e più frequentemente si presta alla formazione di riflessi condizionali, ma questi possono ottenersi con l'uso di altre reazioni innate come la contrazione dei muscoli striati, la respirazione, le reazioni vasomotorie, la contrazione della vescica, la secrezione e la motilità gastrica e intestinale.

Come eccitanti indiretti possono usarsi non solo gli stimoli uditivi e visivi già accennati, ma anche quelli olfattivi, tattili, termici, dolorosi, elettrici.

Gli elementi quantitativi e qualitativi degli stimoli indiretti hanno notevole importanza nella produzione dei riflessi condizionali. Gli stimoli uditivi e visivi sono più efficaci di quelli olfattivi, gli eccitanti sgradevoli più di quelli gradevoli, i suoni interrotti più di quelli continui.

Aurep dimostrò che se si stabilisce un riflesso condizionale con l'eccitazione meccanica di una determinata zona cutanea, l'eccitazione della zona corrispondente del lato opposto dà i medesimi effetti, e che l'eccitazione delle altre parti cutanee è tanto meno efficace quanto più ci si allontana da quella originaria.

I riflessi condizionali possono essere formati non solo da stimoli indifferenti, ma da eccitanti con tono emotivo più o meno spiccato, e, quel che è più, con l'andare del tempo finiscono per alterare la reazione degli eccitanti stessi. Quando un animale trovasi sotto l'influenza di un dolore, fa di tutto per difendersi, per fuggire o aggredire l'agente doloroso: orbene è possibile modificare questa reazione. Se sistematicamente si associa all'atto del cibare di un animale l'applicazione di un forte stimolo elettrico, con l'andar del tempo basta questa sola eccitazione a determinare la secrezione salivare, e, fatto importante, non si ha più dolore nè spavento e l'animale non fa più nulla per sottrarsi alla corrente elettrica, anzi segue e lecca lo sperimentatore mentre la saliva fuoriesce abbondante dalla sua bocca.

Gli stimoli adoperati per la formazione del nuovo riflesso devono essere rigorosamente isolati: se insieme allo stimolo prescelto ne agisce un altro di maggior forza fisiologica, eventualmente anche all'insaputa dello sperimentatore, il riflesso condizionale non si formerà con lo stimolo desiderato, ma con quello accidentale.

Una volta stabilito, il riflesso condizionale può persistere tutta la vita, purchè l'eccitante indiretto è periodicamente associato a quello diretto. Se questa associazione manca per un certo tempo, il riflesso diminuisce gradatamente d'intensità fino a scomparire, potendo tuttavia ristabilirsi più facilmente ripetendo l'associazione un numero di volte inferiore a quello necessario per stabilirlo primitivamente.

I riflessi condizionali possono trasmettersi per eredità. Al riguardo sono stati istituiti esperimenti nella Scuola di Pawlow di cui si attendono le conclusioni. Sembra comunque accertato che nei figli di animali con riflessi condizionali bene stabiliti, questi si ottengono con gli stessi caratteri più facilmente nel senso che per formarli occorrono un numero minore di eccitazioni. Nelle successive generazioni questa facilità di produzione diviene sempre più spiccata.

Altra proprietà dei riflessi condizionali è la specificità nei riguardi non solo dei singoli organi sensoriali eccitanti, ma anche dei modi di eccitazione. Un riflesso formato con un suono come eccitante indiretto, non si produrrà con eccitazioni di altri organi sensoriali che non sia l'apparato uditivo. Un riflesso formato con il raffreddamento di una determinata zona cutanea, non si produrrà con l'applicazione di stimoli tattili o dolorifici sulla stessa o altra zona cutanea.

Questa specificità può essere sensibilizzata al più alto grado. Se si adopera come eccitante il suono interrotto di un campanello, qualunque altro suono per quanto analogo non produce alcun effetto.

La intensità dei riflessi condizionali è proporzionale all'intensità dell'eccitante adoperato. Se si stabilisce un riflesso con un determinato stimolo luminoso, successivamente la reazione aumenta aumentando l'intensità dello stimolo.

Se si stabiliscono nel medesimo animale due o più riflessi condizionali con la medesima reazione, ad esempio la secrezione salivare, la intensità della risposta in caso di contemporaneità degli stimoli sarà uguale alla somma aritmetica di questi. Il fenomeno è più notevole quando gli stimoli non sono della stessa natura e colpiscono ricettori diversi.

Il principio sul quale si fonda il meccanismo di produzione dei riflessi condizionali è costituito da due elementi, uniformità e ripetizione degli eccitanti condizionali. Solo con la continuazione dell'associazione di determinati ed uniformi eccitanti condizionali e incondizionali si accentua il potere discriminante del cervello.

Se l'eccitante condizionale è associato ad altri stimoli differenti da quello incondizionale, la risposta riflessa, che il primo provocava, non si produce. Si ha così un fatto d'inibizione, che

Pawlow, in rapporto al fenomeno al quale è collegato, chiama *inibizione condizionale*.

L'azione di arresto provocato da stimoli diversi da quelli che sogliono provocare una determinata reazione, è un fenomeno comune a tutte le specie di riflessi. Così è di comune esperienza come si possa evitare lo starnuto pizzicando fortemente un pezzo di cute. Suppongasi ad esempio che in conseguenza di un riflesso condizionale perfettamente stabilito il suono S produce una reazione salivare di 100 gocce di saliva. Se simultaneamente al suono S si farà agire uno stimolo luminoso L non si avrà alcuna emissione di saliva: il nuovo stimolo luminoso ha inibito il riflesso stabilito con l'eccitante acustico.

È importante il fatto che l'azione inibitrice del nuovo eccitante si prolunga per qualche tempo dopo che ha cessato d'agire. Così l'eccitante condizionale S produce 100 gocce di saliva; S più l'eccitante supplementare L non dà salivazione; 10 secondi dopo che l'azione inibitrice di L è cessata S dà da solo 10 gocce di saliva, 30 secondi dopo 25 gocce e così di seguito fino a che il riflesso condizionale ritorna quale era prima dell'intervento inibitorio dello stimolo luminoso.

Questo giuoco dell'eccitazione e dell'inibizione condizionale dà la spiegazione di molti fatti psicobiologici.

Si deve innanzi tutto rilevare che la sede dei riflessi condizionali è il cervello.

Mentre i riflessi ordinari si svolgono in tutte le sezioni del nevrasse, quelli condizionali si possono stabilire solo nell'organo capace di discriminare, d'analizzare le sensazioni, ossia nella parte più altamente differenziata del sistema nervoso. In effetti negli animali ai quali furono asportati gli emisferi cerebrali riesce impossibile determinare rifessi condizionali.

Grazie a questo fenomeno fondamentale dell'attività nervosa superiore si può studiare tutta l'attività degli emisferi, ossia tutta la sintesi e l'analisi dell'ambiente interno ed esterno dell'animale.

Questa elaborazione è compiuta, come afferma Pawlow, da apparati costituiti da elementi molteplici che partendo perifericamente dagli organi dei sensi giungono alla parte corrispondente della corteccia cerebrale, e che possono dirsi analizzatori, analoghi agli analizzatori fisici e chimici.

La meccanica nervosa consta di due manifestazioni fondamentali: l'eccitazione e l'inibizione che in fondo ripetono la loro origine da un solo processo, l'eccitazione in quanto l'inibizione non è altro che l'effetto depressivo d'una causa eccitatrice.

L'inibizione può essere esterna o interna a seconda che procede da stimoli esterni o dall'attività propria del sistema nervoso, che sembra essere una particolare funzione degli emisferi cerebrali.

Abbiamo visto come si determina l'inibizione esterna nel caso dei riflessi condizionali: quando un'eccitazione nuova compare nei centri nervosi, l'eccitabilità del riflesso condizionale esistente diminuisce considerevolmente o scompare del tutto.

L'intervento dell'inibizione interna nei riflessi condizionali può manifestarsi in quattro modi: scomparsa progressiva del riflesso, ritardo del riflesso, inibizione condizionale, inibizione differenziale.

Oltre a ciò è stato sperimentalmente dimostrato che un agente qualsiasi può inibire l'inibizione interna mettendo così in libertà l'eccitazione.

Se dopo aver provocata la scomparsa completa d'un riflesso condizionale bene stabilito, si ripete per parecchie volte l'eccitante del riflesso scomparso associato ad un eccitante indifferente, questo può divenire inibitore, cioè associato ad un eccitante condizionale efficace lo rende inattivo.

Così per mezzo d'un processo d'inibizione interna già esistente si può stabilire un nuovo riflesso condizionale negativo, cioè a dire inibitore, così come si ottiene un nuovo riflesso condizionale positivo.

Nel corso delle sue esperienze Pawlow constatò che l'inibizione del riflesso condizionale ottenuto nel modo su indicato era accompagnata dal sonno, e che l'animale si svegliava quando si faceva agire il solo eccitante condizionale e che se gli si offriva alimento, ossia si faceva agire l'eccitante incondizionale, l'animale non poteva mangiarlo. Si ha dunque una parte della corteccia che rimane attiva, poichè l'animale reagisce all'eccitazione condizionale, ed un'altra parte, la zona motrice, che rimane inibita, perchè l'animale non è in grado di reagire allo stimolo incondizionale. Questo stato di dissociazione eccito-inibitoria è analogo a quello che si ha nelle ipnosi: l'ipnotizzato è in grado di comprendere perfettamente quel che dice l'ipnotizzatore, ma è incapace di fare qualsiasi movimento.

Da queste constatazioni e considerazioni Pawlow credette di poter dedurre che il sonno non è altro che un fenomeno d'inibizione.

Quest'inibizione invade progressivamente tutta la sostanza cerebrale e progressivamente scompare: in effetti l'assopimento ed il risveglio si producono a poco a poco.

L'inibizione allo stato di veglia prende parte all'attività dell'animale specialmente nei

casi di adattamento più fini di quest'attività alle condizioni esterne, e quindi è un sonno parziale, frazionato, localizzato in limiti stretti sotto l'influenza di un processo nervoso inverso, l'eccitazione. Il sonno, invece, è un'inibizione diffusa su una grande estensione, a tutta la corteccia cerebrale ed anche al di là, al cervello medio.

Lo studio dei riflessi condizionali apre nuovi orizzonti allo studio dei fenomeni neuro-psichici.

Essi dimostrano che la sostanza centrale è plasmata in modo che negli archi riflessi già stabiliti si possono inserire eccitanti nuovi e che i fatti fisiologici ordinari, fisiologici nel senso lato ossia somatici e psichici, possono essere la reazione oltre che degli stimoli esterni ed interni innati o abituali anche di questi eccitanti nuovi, accidentali, temporanei.

Ciò dà ragione della grande capacità di adattamento dell'organismo animale alle variazioni dell'ambiente esterno ed interno.

L'essere vivente è capace di rispondere a mezzo di attività definite a stimoli per i quali era dapprima indifferente.

Questo stabilirsi di nuove vie, di nuovi rapporti, di nuove interferenze nel sistema nervoso centrale come effetto dei mutamenti delle condizioni esterne da parte degli animali superiori è un fatto chiaramente acquisito alla comune esperienza.

Gli studi sui riflessi condizionali spiegano queste nozioni in quanto dimostrano come fattori naturali indifferenti o fatti di nuova formazione per i quali l'attività animale è per un certo tempo indifferente possono da un momento all'altro ed in determinate condizioni trasformarsi in potenti stimoli per le più importanti funzioni vitali.

G. DRAGOTTI.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

Su due casi di tumore del mediastino superiore.

(Ganglio neuroma e sarcoma).

(BRAUN. *Beitr. z. Klin. Chir.*, Bd. 136, H. 1, 1926).

Nel 1908 l'A. aveva riferito nel Congresso di chirurgia sopra un grosso ganglio neuroma del rene estirpato in un bambino di 6 anni, nel quale per una lacerazione aveva anche fatta la sutura dell'aorta e di cui ora è in grado di dire che lo sviluppo somatico è finora normale e senza alterazioni nella circolazione degli arti inferiori.

Ora gli è occorso un altro tumore del sistema nervoso, non più retroperitoneale ma retropleurale, del mediastino posteriore in un giovane di 22 anni in ottime condizioni che soffriva di molestia nella respirazione con ottusità ed assenza del murmure vescicolare nell'apice del polmone destro dove radiologicamente esisteva la presenza di una tumefazione rotonda. Con la proiezione laterale si vedeva prendere rapporto con la terza costola nella parete anteriore del torace, mentre posteriormente non presentava alcun impianto in modo da non poter definire se appartenesse al mediastino anteriore o al posteriore. Prima dell'operazione fu praticato un pneumotorace artificiale, non solo a scopo diagnostico, ma anche operativo per evitare la penetrazione rapida dell'aria. La diagnosi posta era di un dermoide; si era anche pensato all'echinococco, ma le reazioni sierologiche erano state negative. In narcosi ha fatto uno sportello a base laterale nel torace resecando la 2ª e 3ª costola a partire dallo sterno, legando la mammaria e poi ha aperto la pleura in modo da penetrare con le mani nella cavità toracica. Trovò allora un tumore posto nell'apice polmonare con impianto retropleurico che potè distaccare per via ottusa dal suo letto, dove lasciò un drenaggio che fece uscire dalla ferita. Il malato dopo aver superata una polmonite è completamente guarito in circa 2 mesi.

Il tumore pesava 400 gr., aveva aspetto fasciato e somigliava ai miomi dell'utero enucleato. Istologicamente si trovavano in mezzo a fasci nervosi e connettivali gruppi di cellule gangliari. Questo sarebbe il 5º ganglio neuroma retropleurico di cui 4 sono stati raccolti da Brunner.

Il secondo caso riguardava una donna di 30 anni che da 2 anni soffriva di dolori alla parte destra del torace che era leggermente deformato con scoliosi cervicale e toracica. Ottusità post. destra dalla 4ª alla 9ª costola con diminuzione del

murmure vescicolare. L'esame radiologico identico al precedente con sviluppo della tumefazione dal mediastino posteriore e con interruzione dalla 7ª costola. Fu fatto un pneumotorace artificiale prima dell'operazione. Sotto narcosi fece un taglio ad uncino posteriore dalla colonna verso l'apice della scapola resecando la 5ª, 6ª, 7ª e 8ª costola cadendo in un tumore che impiantato nella 6ª costola si svolgeva verso il polmone. Per via ottusa furono staccate delle larghe aderenze col polmone ed il tumore venne asportato con i muscoli intercostali aderenti. Il letto del tumore fu circondato con punti di sutura in modo da renderlo extrapleurico, lasciando in posto un drenaggio. Il tumore pesava 250 gr. e microscopicamente era costituito da tessuto sarcomatoso a cellule fusate. La malata guarì, ma la prognosi rimase infausta per la natura del tumore.

Fa notare in tutt'e due i casi il risultato favorevole di un pneumotorace artificiale lo stesso giorno, prima della operazione, e nel secondo la esteriorizzazione del letto del tumore al di fuori della cavità pleurica.

R. Brancati.

Migrazione tardiva di un proiettile di fucile dal collo al polmone.

(E. Benassi. *Diario Radiologico*, anno VI, n. 4).

Numerose osservazioni sono state pubblicate di migrazione nell'organismo da parte di proiettili entrati nel sistema circolatorio in seguito a ferite: si tratta in genere di proiettili che dalla periferia sono andati a finire nel cuore o dal cuore sinistro alla periferia. Sono invece rarissimi, se pure ne esistono, i casi di migrazione per via embolica, al polmone a traverso il cuore destro.

L'A. illustra un caso clinico di migrazione di una pallottola di fucile dal collo al polmone.

Il p. fu ferito nel giugno 1918 in guerra, da pallottola di fucile alla faccia (naso). La ferita, senza foro di uscita, cicatrizzò rapidamente, ma residuarono lievi dolori nei movimenti del collo. Un esame radiografico rivelò che il proiettile si trovava nella regione laterale destra del collo in prossimità della colonna a livello dei corpi della III e IV vertebra cervicale.

Circa otto anni dopo, nel marzo 1926 il p. fu sottoposto a nuova indagine radiologica. In tale occasione egli dichiarò che avvertiva ancora dolori nei movimenti del collo e qualche lieve dolore puntorio alla base dell'emitorace destro. Riferì inoltre di aver sofferto nel 1920 tosse modica con escreato striato di sangue per pochi giorni. L'esame radiologico rivelò la scomparsa del proiettile dal collo e la sua presenza nel lobo inferiore del polmone destro, cm. 1.5 sopra la cupola diaframmatica.

Al momento del primo esame il proiettile trovavasi con grande probabilità nella regione carotidea destra. L'A. si ferma a discutere per quali vie possa essere giunto in seno al parenchima polmonare. Quasi inaccettabile gli sembra l'ipotesi che la pallottola si sia portata in basso per gravità a traverso il connettivo lasso della loggia carotidea e del mediastino e, imboccato l'ilo polmonare, abbia progredito a traverso il connettivo interstiziale del polmone, oppure sia disceso lungo la guaina di un muscolo. Scarta senz'altro l'idea che il proiettile portatosi a traverso il connettivo lasso del collo a ridosso del tubo laringo-tracheale vi abbia prodotto una perforazione e sia così entrato nelle vie respiratorie.

L'ipotesi più accettabile gli sembra quella della migrazione vasale: il proiettile situato vicino alla vena giugulare interna di destra, ha prodotto un processo infiammatorio lento che ha portato alla perforazione della parete venosa, a traverso la quale la pallottola è penetrata nel lume della giugulare; oppure il proiettile entrò nel lume della vena fin dal momento della ferita, e là restò frenato dal trombo prodottosi. Ad ogni modo, entrata e mobilizzatasi la pallottola nel lume vasale, essa è progredita fino alla orecchietta destra a traverso la cava discendente. Dall'orecchietta è passata nel ventricolo destro, donde è stata lanciata nella arteria polmonare; ha quindi imboccato il ramo di destra e si è incuneata in una diramazione nel lobo superiore.

Tutto ciò è avvenuto senza gravi disturbi per il p.: ciò è possibile e spiegabile col fatto che l'infarto polmonare si produce sol quando coesiste un disturbo grave del circolo polmonare, poichè i rami dell'arteria polmonare non sono terminali in modo assoluto, ma hanno numerose anastomosi con le arterie bronchiali.

In genere nell'uomo i corpi estranei nel circolo non superano quasi mai il cuore destro: certamente la progressione del proiettile deve essere stata facilitata dalla sua forma, adatta a farsi strada entro i vasi.

Lo studio di questo caso oltre ad avere importanza per l'interesse medico-legale che presenta in rapporto alla valutazione del grado di invalidità, porta un contributo in senso negativo alla quistione della convenienza di estrarre dalle cavità di destra del cuore i proiettili, per timore del trasporto embolico di essi dal cuore al polmone, che può restare, come nella osservazione dell'A., senza gravi conseguenze.

Vicentini.

TISIOLOGIA.

La diagnosi clinica della tubercolosi dei pulmoni e delle glandole bronchiali nell'infanzia.

(HEMPELMANN. *Journal American Medical Association*, 1927, 15 ottobre).

È ben noto che in quasi tutti gli adulti si trovano esiti di pregressa infezione tubercolare, e che in una larga proporzione la infezione originaria si verificò durante l'infanzia. Per lo più però le alterazioni organiche sono così insignificanti da sfuggire all'esame all'epoca del loro verificarsi. Tali focolai infettivi primitivi possono trovarsi nei polmoni, nel tratto gastro-intestinale o altrove. Ma in ordine di frequenza il primo posto spetta alla localizzazione pulmonare.

Seguendo la via che suole percorrere il bacillo tubercolare la malattia dal punto di vista anatomopatologico e clinico assume tre fasi, ciascuna delle quali con sintomi e segni particolari.

Prima fase. — I bacilli tubercolari inalati s'insinuano nel parenchima pulmonare: nello sforzo dei tessuti per allontanare l'invasore si produce una zona di reazione, che costituisce il focolaio primitivo. Di solito però la lesione è così piccola da non essere rilevabile con l'esame fisico. Dopo qualche settimana la prova tubercolinica (cutanea o intradermica) diventa positiva e in un gran numero di casi, specie nei ragazzi più anziani compare nel sangue il complemento. I sintomi subbiettivi, quando esistono, sono simili a quelli che si hanno nelle fasi successive della malattia, ma sono così lievi da non destare alcun interesse o preoccupazione. Il primo stadio adunque è caratterizzato dalla presenza nel pulmone di focolai tubercolari attivi senza segni clinici.

Seconda fase. — In seguito alla diffusione dell'infezione del focolaio primitivo nel parenchima pulmonare ai gangli linfatici dell'ilo, le corrispondenti glandule tracheo-orali s'ingrossano producendo un gruppo di sintomi caratteristici. In seguito a compressione da parte del pacchetto glandolare sulla trachea e sui bronchi e forse in parte per l'irritazione del nervo ricorrente e del pneumogastrico si ha tosse stizzosa, metallica, talvolta accessionale, con tutti i caratteri della pertosse però senza grido. Quando le masse glandolari sono straordinariamente ingrossate si può avere tale restringimento del lume bronchiale o tracheale da provocare inspirazione ed espirazione stridula con tale dispnea da simulare il croup, l'asma o l'ipertrofia timica. Più raramente si può avere compressione della cava superiore con cianosi ed edema della faccia.

L'ingrossamento delle glandule tracheobronchiali può essere rilevabile all'esame fisico a mezzo del segno d'Espine sopra lo sterno o vicino alla porzione superiore dello sterno e a destra o a sinistra della colonna vertebrale. Nel segno d'Espine l'ascoltazione sui processi spinosi delle vertebre dorsali fa rilevare al disotto del punto di biforcazione della trachea la trasmissione della voce bisbigliata. Il segno è positivo solo quando lo stesso timbro tracheale della voce si ascolta direttamente sulla trachea. Questo fenomeno dipende dal fatto che trasmettono meglio i suoni i mezzi solidi, che nel caso in quistione sarebbe il pacchetto glandulare situato tra la trachea e la colonna vertebrale. È a notare però che il livello della biforcazione dei bronchi varia con l'età del ragazzo: nei più piccoli di rado è più basso della settima vertebra cervicale, a 7-8 anni raggiunge la seconda o terza dorsale, a 11-12 la terza o quarta dorsale.

Se uno dei tronchi bronchiali è molto compresso, il murmure vescicolare è debole o manca su tutto un pulmone o su di un lobo di esso. La rottura di un nodulo linfatico caseoso può produrre grave asfissia e morte in pochi minuti.

Come si è detto, alla percussione si riscontra ipofonesi sulla porzione superiore dello sterno o a destra e sinistra di questa regione e posteriormente nello spazio interscapolare.

Tra gli altri segni meno frequenti e meno importanti è l'ectasia delle vene superficiali del petto e del dorso ed il segno di Eustace Smith (soffio venoso sulla parte superiore dello sterno quando la testa è fortemente retratta).

L'ingrossamento delle glandule tracheobronchiali può essere prodotto anche da altre cause che non sia la tubercolosi. Le infezioni respiratorie ripetute come la bronchite, la pulmonite, la pertosse, l'influenza, o le infezioni dei seni paranasali possono produrre ingrossamenti dei gangli bronchiali. Ma all'infuori del morbo di Hodgkin, dei tumori intratoracici e di certi casi di leucemia ogni marcato ingrossamento delle glandule tracheobronchiali è quasi costantemente dovuto a tubercolosi.

I bambini con tubercolosi ilare presentano spesso dati anamnestici importanti: tosse e raffreddori frequenti, accessi inesplicabili di febbre spesso con elevazioni vespertine, e nei casi gravi, anoressia, perdita di peso ed astenia. Tuttavia alcuni di questi piccoli pazienti sono rubicondi, ben nutriti, e non si lamentano di alcun malessere.

L'esame dell'espettorato è raramente positivo. La conferma diagnostica può essere data dalle prove tubercoliniche e serologiche, e dalla radioscopia.

Terza fase. — In questa fase c'è una disseminazione più o meno diffusa dell'infezione nel parenchima pulmonare e perciò il reperto anatomopatologico e clinico è variabilissimo.

Nei bambini, a causa della loro minore resistenza, è maggiore la tendenza alla tubercolosi disseminata e miliare. I sintomi della tubercolosi miliare non sono caratteristici e spesso la diagnosi si fa solo al tavolo anatomico.

La tubercolosi dei bambini s'inizia così insidiosamente ed è così oscura ed indefinita nel suo decorso che deve essere posta la maggior cura e devono essere adoperati tutti i mezzi diagnostici per il suo accertamento.

Nei bambini è minore la tendenza alle forme fibrose ed interstiziali così caratteristiche della malattia negli adulti. Le lesioni occorrono per lo più nelle parti medie ed inferiori anzi che negli apici: spesso c'è una diffusione del processo tubercolare nelle glandule tracheobronchiali ai tessuti periorali.

Nei piccoli bambini non è rara una forma di broncopulmonite tubercolare che nelle prime fasi non è distinguibile dalla pulmonite da altri microrganismi. È caratteristico però della tubercolosi il fatto che i segni fisici indicano un processo pulmonare diffuso e che la temperatura è relativamente bassa. La leucocitosi è meno frequente e raramente così accentuata come nella pulmonite.

Se il processo pulmonare è molto esteso si ha diffusione alla pleura, ma sono rari i versamenti ed i dolori pleuritici. Le caverne sono di solito piccole e profonde e sfuggono perciò all'esame clinico.

Si designa con il nome di « epitubercolosi » un tipo della malattia nei bambini caratterizzata da diffusa solidificazione pulmonare con ingorgo delle glandule tracheobronchiali ed altre manifestazioni cliniche. Quantunque possa essere preso un intero lobo ed anche più del pulmone, i sintomi costituzionali sono lievi e l'esame dello sputo è negativo. Dopo qualche settimana o mese i segni della consolidazione pulmonare scompaiono e della malattia rimane solo un'infiltrazione ilare rilevabile all'esame radiografico.

I sintomi della tubercolosi pulmonare dipendono dal volume, dalla sede e dai caratteri della lesione. I due più comuni sono la tosse e la febbre. La temperatura è per lo più alta nel pomeriggio che al mattino, ma spesso non è in relazione con la gravità del processo pulmonare. Nei primi stadii lo stato generale soffre poco, ma col progredire della malattia si ha perdita di peso, astenia ed anemia più o meno marcata. Mancano per lo più i sudori notturni, l'emottisi è rara, ma più frequente che negli adulti il pneumotorace spontaneo. Talvolta si ha enfisema sottocutaneo più o meno diffuso, determinato da rottura d'un alveolo ed infiltrazione di aria nel mediastino e negli spazi sottocutanei.

A parte i sintomi fisici riferibili all'ingrandimento delle glandule tracheobronchiali, si riscontrano segni di bronchite localizzata: rantoli, espirazione prolungata, respiro aspro, soffio bronchiale.

Le indagini devono essere completate in ogni caso sospetto con l'esame radiologico, l'esame degli sputi, la prova tubercolinica (cutanea, intradermica o sottocutanea), e l'esame serologico, tenendo ben presente che la diagnosi non può essere basata sull'esito positivo di ciascuno di queste prove, il cui risultato, tranne quello dell'esame batteriologico degli sputi, non ha valore assoluto.

DR.

La tubercolosi polmonare infantile.

(E. L. OPIE. *Journal American Med. Assoc.*, 1927, 15 ottobre).

La curva della mortalità infantile per tubercolosi comincia a salire a parecchi mesi di distanza dalla nascita e raggiunge la massima altezza nel primo anno della vita; ha una rapida discesa all'età di un anno e mezzo, e dalla fine del secondo al quindicesimo anno la curva ha un livello uniformemente basso, ma dall'adolescenza alla maturità ha un'ascesa progressiva. L'alta mortalità nella prima infanzia si deve verisimilmente a due fattori: *a*) la suscettibilità del lattante dovuta alla scarsa resistenza ed al fatto che è aggredito per la prima volta dai germi; *b*) l'intenso contagio quando il bambino è nutrito ed allevato da una madre tubercolotica o vive in un ambiente carico di bacilli tubercolari.

Le statistiche di vari autori danno un'alta percentuale di mortalità nei bambini nei quali la reazione cutanea tubercolinica fu positiva; tale percentuale andrebbe fino all'87,5 % nel primo anno e scenderebbe al 30,8 % verso la fine del secondo anno. Da ciò si deduce il grave significato prognostico della reazione tubercolinica positiva durante l'infanzia.

Con l'avanzare dell'età cresce la tendenza alla guarigione delle lesioni tubercolari. Alle autopsie di bambini morti per altre malattie si trovano lesioni tubercolari di tutte le forme, dalla miliare ai noduli calcificati nel pulmone e nelle glandule peribronchiali. Mentre la frequenza della mortalità decresce aumentano con l'andar degli anni i reperti delle forme fibrose e calcificate.

Generalmente i bacilli scompaiono nelle lesioni caseose incapsulate o calcificate, mentre il re-

perto è positivo nelle lesioni apicali degli adulti. Ciò farebbe presumere che la tubercolosi degli adulti non è una derivazione di quella infantile, ma sarebbe un'infezione esogena. Negli adolescenti e negli adulti i bacilli tubercolari trovano condizioni favorevoli al loro sviluppo prevalentemente negli apici pulmonari.

Gli studi fatti sulla frequenza della tubercolosi infantile nelle famiglie nelle quali vi sono casi di tubercolosi aperta e in quelle nelle quali non vi sono manifeste cause di contagio, hanno dimostrato che nel primo caso si ha l'80 % di bambini infetti durante il primo anno di vita ed il 20 % nel secondo caso. La prima percentuale non si modifica col crescere dell'età, mentre la seconda decresce quantunque il numero dei casi di reazioni cutanee positive sia in progressivo aumento. La notevole gravità delle forme latenti nei bambini di famiglie con contagio è dimostrato dall'esame radiologico che dimostra sempre lesioni cospicue, negli altri casi invece le lesioni sono generalmente insignificanti.

La tubercolosi nella prima infanzia è, salvo rare eccezioni, contratta in famiglia, mentre con il crescere dell'età aumentano le probabilità di contagio fuori di casa. Nei bambini di famiglie senza individui tubercolotici la frequenza della reazione tubercolinica positiva aumenta gradatamente da zero fin quasi al cento per cento all'età di 18 anni. È probabile che il contagio avvenga nelle scuole che generalmente si frequentano dai 6 ai 16 anni.

Nella tubercolosi della prima infanzia, costituita dalle lesioni della prima infezione, l'espettorazione è scarsa, e l'affezione è riconoscibile con segni fisici solo quando la malattia assume un decorso rapido; i bacilli si trovano nell'espettorato solo nella fase terminale. Invece nelle forme apicali da reinfezione il decorso è più lento, cronico, e, tanto negli adolescenti che negli adulti, è più frequente la tendenza alla formazione di caverne. Oltre a ciò queste lesioni da reinfezione costituiscono le principali sorgenti di diffusione dei bacilli, mentre al riguardo le lesioni primitive infantili hanno scarsa importanza. Le lesioni pulmonari latenti dei bambini sono sempre determinate da bacilli tubercolari del tipo umano, solo eccezionalmente da bacilli del tipo bovino.

Perchè si abbia la tubercolosi è necessaria una intima e prolungata convivenza con individui affetti da tubercolosi aperta. Recenti statistiche avrebbero dimostrato che la tubercolosi delle glandule tracheo-bronchiali si produrrebbe dopo una convivenza media di circa quattro anni con individui affetti da tubercolosi aperta, mentre per l'affezione apicale latente anche negli adolescenti si avrebbe dopo una convivenza media di sette anni.

Si ammette che il contagio avverrebbe a mezzo di polvere secca, di goccioline umide o di alimenti e altri oggetti contaminati portati alla bocca. Poichè i bacilli sono uccisi dall'essiccamento e dalla luce l'infezione a mezzo della polvere non è possibile. È più probabile che il veicolo d'infezione sia costituito dalle goccioline emesse con la tosse. Le osservazioni anatomiche dimostrano che la tubercolosi infantile è generalmente aerogena e che la prima localizzazione sia pulmonare. La tubercolosi pulmonare dei bambini è quasi sempre prodotta dal bacillo umano.

La trasmissione ereditaria diretta della tubercolosi è tutt'altro che dimostrata. La inoculazione del bacillo dalla madre al feto per mezzo della placenta, non sembra possibile, per quanto Calmette ed altri autori francesi ammettono l'esistenza di forme bacillari ultramicroscopiche, filtrabili che renderebbero possibile tale passaggio

Viceversa maggior credito ha la teoria che ammette l'ereditarietà di una speciale tendenza alla malattia.

Così è stata considerata come ereditaria la suscettibilità di alcune razze alla tubercolosi, e così si spiegherebbe l'alta mortalità dei negri d'America per tale infezione. Ma il fenomeno può essere spiegato anche con la mancanza della infezione infantile immunizzante. Carter ha trovato che i mulatti guariscono dalla tubercolosi più frequentemente dei negri, ma meno dei bianchi. Le statistiche a base di osservazioni cliniche e di reazioni tubercoliniche dimostrano che i figli di genitori non tubercolotici hanno minore tendenza a contrarre la tubercolosi, e che quando questa è stata contratta ha sempre un decorso più favorevole. Ciò proverebbe anche l'ereditarietà della resistenza alle tubercolosi. (Tutte queste osservazioni e deduzioni confermano la persuasiva teoria avanzata dal Sanarelli parecchi anni fa, e di cui sembra che in America non si abbia conoscenza. *N. d. R.*).

Gli esperimenti su gli animali hanno dimostrato che si può ottenere un'immunità acquisita attiva contro la tubercolosi. L'immunità così prodotta ha parecchi inconvenienti: *a*) non è assoluta e diventa inefficace quando si aumenti la quantità di bacilli adoperati per la reinfezione; *b*) l'immunità ottenuta con bacilli virulenti è più efficace di quella ottenuta con bacilli attenuati; *c*) l'immunità è transitoria e scompare quando la primitiva infezione è guarita.

Questi risultati sperimentali concordano con le osservazioni cliniche in quanto effettivamente finora nella patologia umana non si è accertata

l'esistenza di un'immunità acquisita. I fanciulli che hanno superata la primitiva infezione tracheo-bronchiale, possono successivamente reinfettarsi e la reinfezione generalmente si localizza agli apici pulmonari.

La positività della reazione tubercolinica mentre non costituisce il segno di un processo tubercolare in atto non è neppur indice di acquistata immunità.

Le conseguenze pratiche di questi fatti sono importanti: i bambini che hanno sofferto e superato l'infezione primitiva al pari di quelli che ne sono rimasti immuni non devono considerarsi refrattari alla tubercolosi, perchè qualunque sia il grado di resistenza questa può essere superata dalla massa e dalla virulenza dei bacilli, o essere infiacchita da condizioni diverse.

Da ciò la necessità di tener lontani i bambini da ogni contagio tubercolare, di isolare i tubercolotici, e di tener sempre vigile ed effettiva la resistenza organica dei bambini con l'eliminare tutte le condizioni che concorrono ad indebolirla.

Non v'ha alcun dubbio che la nutrizione insufficiente, il lavoro eccessivo specie se svolto in ambienti senz'aria e senza luce costituiscono fattori che accelerano il progresso di infezioni tubercolari preesistenti. Queste condizioni aumentano la virulenza dei germi delle glandule tracheobronchiali, dove possono vivere a lungo senza provocare alterazioni cospicue e segni clinici, e ne provocano la disseminazione nell'organismo determinando localizzazioni meningee, ossee, genito-urinarie, surrenali.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI. [1]

A. RUBINO. *Manuale di Terapia Clinica.* Decima Edizione. — Casa Edirice F. Vallardi, Milano.

A soli tre anni di distanza dalla nona compare la decima edizione di questo libro il cui successo è incontestabile. Poche pubblicazioni hanno incontrato un simile favore, favore non dovuto a fortuna, ma ai pregi dell'opera.

Questo libro si trova già nella biblioteca della maggioranza dei medici, e non è quindi il caso di tesserne le lodi.

Ci limitiamo a dire che la presente edizione più voluminosa della precedente di 170 pag. è più completa perchè più aggiornata in relazione ai perfezionamenti della nosografia ed ai progressi della terapia, il cui sviluppo l'A. segue fedelmente.

DR.

CARNOT, F. RATHERY, P. HARVIER. *Précis de thérapeutique. III: Thérapies d'organes.* Un vol. in-8°, pag. 704. Baillière et Fils édit., Paris.

Conciso e prezioso manuale questo, che la competenza del Carnot, insegnante di Terapia nella Facoltà di Parigi, e gli agrégés Rathéry, ben noto, oramai, per quanto riguarda le affezioni renali, ed Harvier hanno dettato.

Esso forma la terza parte dell'Opera di Terapia pubblicata nella collezione « Carnot et Fournier »; i medicamenti sono adattati, come insegna la scienza e la pratica, ai singoli organi in altrettanti capitoli. Sfilano così le « médicazioni digestive », « le medicazioni epatiche », « le medicazioni renali », polmonari, nervose, cutanee, ecc., con il corredo di esempi clinici sottoposti ad essi trattamenti. Nei riguardi poi di ciascun organo viene anzi tutto esposta e criticata la « medicazione sintomatica » e di poi la « medicazione » caratteristica di ciascuna malattia dell'organo in questione.

Non mancano le terapie, recentissime conquiste, nè riassuntive indicazioni di terapie chirurgiche: così nelle « medicazioni polmonari » è detto della medicazione espettorante, antidispneica, ecc., ma è altresì accennato alla pneumocollassoterapia alla Forlanini, alla toracoplastica, alla frenicotomia. E nella terapia delle affezioni renali con interesse leggiamo, oltre al trattamento dei vari tipi di nefrite, di sepsi urinarie, di litiasi, ecc., nozioni fisiologiche esplicanti l'azione dei diuretici modificatori del liquido d'apporto, o del fattore circolatorio, o agenti sull'elemento secretore glandulare.

MONTELEONE.

HUGOUSSENG L. e FLORENCE G. *Principes de Pharmacodynamie.* Pag. 392. Masson et C.ie, édit., Paris, 1928.

L'esposizione, succinta, ai chimici, ai biologi, ai medici, è diretta, secondo le intenzioni degli AA. stessi, ad approfondire fatti ed idee di acquisizione recente onde la nuova scienza la « farmacodinamica » si prepara le solide fondamenta.

Preceduti da una lieve istoria che dalle prime nozioni egizie ci porta attraverso i Caldei, i Greci, i Romani, ecc., ai relativamente moderni Davy, Berzelius, Magendie, Bernard, leggiamo interessanti capitoli sulla farmacodinamica dei composti minerali, dei neuroni e nervi, della placca motoria, i particolari capitoli trattanti del bismuto, dei fenoli, degli antisettici ed antipiretici.

Completano il libro dei ricordi sulla chemioterapia della tubercolosi e della lebbra, sui terpeni ed anche sui gas di guerra.

Libro, come si vede, di consultazione utile per

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

il laboratorio ove si preparano i medicamenti nuovi e per la Clinica ove se ne esegue il controllo terapeutico.

MONTELEONE.

E. KUBÀNYI. *Die Bluttransfusion.* Pag. 127, 30 figure, 1928. Urban et Schwarzenberg. Marchi 6.

Precede una prefazione del prof. Bakay, direttore della II Clinica Chirurgica di Budapest, nel cui Istituto il lavoro è stato compiuto: chiudono il libro 25 pagine di citazioni bibliografiche.

In separati capitoli sono brevemente ricordati i primi tentativi di trasfusione, la questione dei gruppi sanguigni e la importanza di tali classificazioni dal punto di vista dell'Etnologia, dell'Antropologia, ecc. In modo particolare sono indicati i metodi per giungere alla trasfusione diretta ed alla trasfusione indiretta: apparecchi, indicazioni cliniche, controindicazioni sono descritte minutamente, come con chiarezza sono esposti i risultati cui con la trasfusione sanguigna si può giungere nella pratica medica (anemia perniciosa, diatesi emorragiche, intossicazioni, ecc.) e nella pratica chirurgica (sepsi, shok traumatici, ecc.).

MONTELEONE.

L. MARANELLI. *Neozolfoterapia.* Istituto Editoriale Cisalpino, Milano, 1927. Prezzo L. 20.

Come è noto il Maranelli ha introdotto in terapia lo zolfo liquido, come medicamento eccitante del ricambio e neurotonico, nonchè come veicolo di altri farmaci. In questo volume sono raccolti tutti gli studî sperimentali e clinici fatti dal Maranelli e da altri autori.

L'importanza del nuovo metodo curativo non è scarsa, in quanto consente la somministrazione sotto forma liquida dello zolfo, la cui efficacia in terapia è sempre più riconosciuta.

In effetti grazie a questo metodo si estende la possibilità di cure finora consentite solo dall'uso di acque minerali solforose, i cui benefici effetti sulla cute, sulle mucose e sullo stato generale sono ben noti.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

XXVI Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

(*Continuaz. e fine; vedi fasc. precedente*).

Prof. BOMPIANI ROBERTO (Roma). — *La radioterapia nella sterilità associata ad anomalia della mestruazione.* — Dimostra i risultati ottenuti nelle donne oggetto di tali cure. In tutte a distanza di tempo più o meno lungo si ebbe prima il regolarsi della mestruazione e poi la gestazione. I bambini vennero normali e bene sviluppati. Non uguali soddisfacenti risultati ebbe l'O. circa una azione distruttrice dell'elemento follicolare esercitata dai raggi. In tre casi lamentò la scomparsa dei mestrui provocando così una menopausa precoce.

Dott. DOGLIOTTI (Genova). — *Studio radiologico della vescica in ostetricia e ginecologia.* — Si è valso del riempimento opaco della vescica ed anche del nuovo metodo Vallebona (aria e bario), per mettere meglio in evidenza i vari dettagli dell'aspetto vescicale.

Dalle osservazioni dei molteplici casi proiettati egli conclude:

In ginecologia esiste un polimorfismo spiccato, nell'aspetto vescicale, legato alle varie lesioni genitali, polimorfismo che, conosciuto prima di eventuali interventi, può essere di guida negli interventi medesimi.

Discussione.

Prof. OLIVA (Genova). — Utili le ricerche dell'O. per lo studio della vescica in gravidanza ed in presenza di grossi tumori della sfera genitale e guida anche della tecnica operativa per questi.

Prof. ALFIERI (Milano). — Utili tali ricerche, specie nel caso di fibromi intraligamentari della regione istmica ed in quelli cervicali.

Dott. MAURIZIO (Padova). — *Metrorragie della pubertà.* — L'O. ha portato la sua osservazione sui casi di metrorragie della pubertà avvenute nel quinquennio 1922-27 nella Clinica di Padova. Sono colpite indifferentemente le ragazze della città e della campagna. La frequenza fu del 0,74 %; e considerando solo l'ultimo biennio, dell'1 %. In qualche caso l'O. ha riscontrato una tendenza alle emorragie presso gli ascendenti e collaterali dal lato materno. Vengono prevalentemente colpite le ragazze che appartengono alla 1ª comb. di De Giovanni-Viola. I casi furono trattati con cure mediche ad esito vario, con raschiamento ad esito buono, con piccole trasfusioni ad esito ottimo. La irradiazione della milza diede in due casi esito ottimo, in due vantaggio temporaneo, e in uno esito negativo.

Discussione.

Prof. RIZZATTI (Modena). — Riferisce della sua pratica al riguardo di tali metrorragie da lui trat-

tate con il lattato di calcio, od oppiacei, talora con l'*ecouvillonage*, con la radioterapia.

Prof. BIGNAMI (Gremona). — Mette in evidenza l'utilità della irradiazione della milza per tali metrorragie.

Dott. TREMITERRA (Frosinone). — Dice la cura delle metrorragie della pubertà debba tener conto di certi momenti patogenetici come l'eredolue e la tubercolosi che possono esser presenti.

Prof. BOLAFFIO (Cagliari). — Ricorda suoi casi, alcuni guariti con la castrazione temporanea röntgenterapica, altro con la splenectomia. La irradiazione della milza non gli dette che risultati temporanei.

Dott. FRONTICELLI (Roma). — Riferisce due casi di trombopenia guariti con la splenectomia.

Prof. COVA (Palermo). — Ricorda un caso di morte per metrorragia della pubertà. Esito negativo ebbe anche l'irradiazione della milza. Risultati migliori ebbe dalla castrazione temporanea e dalla emicastrazione.

Dott. MAURIZIO (Padova). — Risponde ai varii oratori.

Prof. OLIVA e dott. DOGLIOTTI (Genova). — *La funzionalità cardiaca delle donne miomatose.* — Secondo gli OO. le donne miomatose non devono essere sottoposte a trattamento chirurgico se prima un accurato esame della funzionalità cardiaca, coi moderni metodi di indagine (pressione arteriosa, prova di Cardarelli, di Livierato, ecc.) non dà fondamento a sperare che esse siano in grado di sopportare l'intervento. Se una di queste operande presenta lesioni evidenti della funzionalità cardiaca, deve esser sottoposta ad una cura medica preoperatoria e se questa ne migliora evidentemente le condizioni funzionali del cuore, può decidersi per la cura chirurgica. In caso contrario: Röntgenterapia, la quale di solito lascia tempo a che i compensi medici possano notevolmente migliorare i disturbi cardiaci di tali pazienti che saranno in secondo tempo sottoposte ad intervento.

Naturalmente durante e dopo l'intervento in malate siffatte, sempre conveniente è la cura cardiotonica.

Prof. D'ERCHIA (Bari). — *Cisti del parovario con torsione del peduncolo ed ovaroma.* — Dimostra il caso clinico e presenta il pezzo anatomico. Conclude che si sia trattato di una vera e propria cirrosi-fibrosi ovarica, vero e proprio neoplasma connettivale.

Prof. SCHIASSI (Bologna). — *Di un mezzo di difesa da inguinamento e di profilassi contro l'abbandono di corpi estranei in cavità nella chirurgia ginecologica addominale.* — Trattasi di una grossa pezza laparotomica cucita col margine superiore della ferita laparotomica ed immessa profondamente nel Douglas a costituire un diaframma fra il campo operatorio ginecologico e la grande cavità peritoneale. A tale pezza l'O. ha messo nome « Teatorio Schiassi ».

Prof. MICHELI (Roma). — *Su due casi di resezione del nervo presacrale.* — L'operazione fa parte delle operazioni di simpatectomie; vale a vincere le algie pelviche non sostenute da lesioni patologiche vere e proprie o accompagnate da lesioni minime alla cui riparazione può esser associata.

Descrive la disposizione anatomica varia del n. presacrale, la tecnica e le indicazioni operatorie singole di questo intervento sul simpatico pelvico illustrato fin dal 1898 dalla Jaboulay nelle sue varie fasi e modificazioni di tecnica. Ha ripetuto l'operazione in due casi. In un terzo caso operato dall'aiuto della sua Maternità pure il resultato fu ottimo. Crede l'operazione debba esser ripetuta in tutte le algie pelviche *sine materia*.

Dott. COSTA G. (Genova). — *Esiti recenti e remoti delle annessiectomie.* — Le malate annessiali in 5 anni furono oltre 2000, delle quali alla Maternità di Genova oltre 1800 furono curate medicalmente. Dice delle operazioni eseguite e degli esiti. Proclama la necessità di un trattamento ultraconservatore e la rarissima necessità della demolizione chirurgica. Si dice contrario all'indirizzo francese di cura delle annessiti, nella ricca diverso che nella povera, in quella a preferenza medica, in questa chirurgica e demolitrice sempre.

Discussione.

Prof. OLIVA (Genova). — Dice i vantaggi delle operazioni parziali sugli annessi (annessiectomia unilaterale e piccole operazioni complementari, ecc.). Con questo indirizzo egli ebbe una mortalità operatoria nulla, e gravidanza post-operatoria.

Prof. RUBBIANI (Roma). — *Il drenaggio alla Miculicz in ostetricia operatoria ed in ginecologia.* — Illustra in una ricca casuistica operatoria della Clinica di Roma i vantaggi del drenaggio alla Miculicz.

Prof. BOLAFFIO (Cagliari). — *Morbilità ginecologica in provincia di Cagliari.* — Riferisce quella che risulta alla Clinica ostetrico-ginecologica. I fibromi vi comparvero nella proporzione dell'11 %. Il cancro dell'utero in quella del 5 % (a Roma del 15 %). Operabilità del cancro 24 % (a Roma del 18 %). La tubercolosi genitale: 6,75 %, maggiore che altrove. Il prolasso genitale è pure più frequente che altrove. L'O. fa considerazioni sulla costituzione ginecologica sarda.

Dott. MOMIGLIANO (Roma). — *L'evoluzione dell'apparato follicolare dell'ovaio nella vita fetale.*

Dottori ALBANO e BOLLAG (Roma). — *L'acidosi gravidica (tensione carbonica alveolare) nella gravidanza patologica.* — La ricerca assume valore pronostico per valutare lo stato funzionale e metabolico di una gravida attossicata. Per le ricerche si sono valsi dell'apparecchio del Pirondini.

Prof. TESAURO (Napoli). — *Sull'importanza pratica delle misure della tensione carbonica alveolare in gravidanza.* — L'O. ha dimostrato la presenza di un rapporto proporzionale tra le variazioni della tensione carbonica e condizioni più o meno gravi della donna; donde l'opportunità di applicare più largamente questo metodo a preferenza di altri nel campo ostetrico, come si è fatto in quello urologico.

Discussione.

Dott. ALBANO (Roma). — Conferma che l'indice dell'acidosi si riduce a seconda della gravità della tossiemia.

Prof. TESAURO (Napoli). — Vorrebbe che l'indagine della misura della tensione carbonica fosse fatta nel periodo iniziale delle tossicosi per averne utile segno prognostico.

Prof. TESAURO (Napoli). — *Rapporti fra decidua e funzione mammaria.* — Iniezione di estratti glicerici di decidua nella gl. mammaria determinati da ipertrofia, iperplasia ed attività funzionale, confermando i risultati dei trapianti con lipoide isolato dalla decidua (Gentili); nella decidua è dunque un ormone specifico per la gl. mammaria. L'uso così degli estratti deciduali potrebbe avere larga attuazione pratica.

Dott. ALBANO e dott. CORBI (Roma). — *La reazione ionica delle urine nello stato puerperale.* — La prova di Rehn applicata alle gestanti e puerpere normali, mostra il ridursi della oscillazione funzionale del rene in corrispondenza dell'ultimo trimestre di gravidanza. Nei primi giorni del puerperio i valori già si approssimano molto alla norma.

Dott. ALBANO G. (Roma). — *Il tubo digerente nello stato puerperale (anatomia e fisiologia radiologica, con proiezioni).* — Nelle gestanti, nelle puerpere e in donne con voluminosi tumori addominali l'O. ha studiato radiologicamente la morfologia, la topografia e la motilità del tubo digerente.

Le deduzioni assumono importanza per la diagnostica differenziale e per la tecnica chirurgica delle varie affezioni gastroenteriche complicanti lo stato puerperale.

Prof. MASSAZZA (Milano). — *Radiazioni Röntgen e gravidanza.* — Dimostra un'attività specifica dei raggi X sugli elementi coriali e sul prodotto del concepimento.

Discussione.

Prof. BOLAFFIO (*Cagliari*). — Nell'irradiazione di un sarcoma del bacino coesistente con una gravidanza al 3° mese si ebbe l'espulsione dell'ovo per azione diretta sull'embrione che venne morto e gravemente danneggiato.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — L'irradiazione di metastasi polmonari di corionepitelioma in un caso valse la guarigione, dimostrando l'attività dei raggi X sugli elementi coriali.

Prof. MASSAZZA (Milano). — Nel caso di vivacissima proliferazione del tessuto di corionepitelioma è nota l'azione distruttiva della radiazione.

Dott. MATERA (Bari). — *La funzione gastrica gravidica, saggiata con l'istamina.* — Conclusione: che la prova dell'is. corrisponde ai fini clinici delle indagini della funzionalità gastrica.

Dott. SPANO. — *La genesi del brivido fisiologico nel post-partum.* — L'O. crede che si possa spiegare tanto il brivido fisiologico, quanto la concomitante caratteristica reazione leucocitaria del periodo espulsivo e del post-partum come del tutto analoghe allo shock emoclasico.

Dott. MARTINOLLI (Perugia). — *Il ricambio dei nucleoproteidi nella madre e nel feto ed i suoi rapporti con la funzione placentare.* — L'O. ha ricercato l'ac. urico nella placenta con risultato negativo ma vi ha dimostrato un potere uricolitico diminuito nella placenta di albuminuriche e di eclampsiche. Crede che la diminuita uricolisi placentare spieghi nell'eclamptica l'elevato reperto di ac. urico. L'azione flogogena e necrotizzante dell'ac. urico in forte concentrazione nel sangue dell'eclamptica potrebbe spiegare il quadro anatomo-patologico dell'eclampsia.

Dott. DE CANDIA (Bari). — *L'indice diastasico nello stato puerperale.* — L'O. servendosi del metodo dettato dal Bettoni per stabilire l'indice diastasico quale mezzo di valutazione della funzione renale in gravidanza, sottopose ad esperimento 38 donne, di cui 20 gravide normali a termine o presso il termine, dieci gravide nei primi mesi, ed otto gravide con malattie gravi complicanti la gravidanza (nefrectomizzate, calcolosi epatiche, nefrite, ecc.). Contemporaneamente ne seguì la prova della fenolsulfonftaleina. Dai risultati ottenuti, per quanto riguarda il valore da assegnare al metodo, ritiene che esso, essendo di facile e breve tecnica, può essere benissimo messo a fianco dei metodi finora ritenuti i migliori, rispondendo esattamente allo scopo.

Dott. CETRONI (Bari). — *La prova della fenoltetraclorोftaleina in gravidanza.* — Conclusioni: La prova di Rosenthal ci dà « l'istantanea epatica » auspicata dal Fiessinger, che può rappresentare lo stato della funzione epatica. Essa permette di dosare l'entità delle lesioni parenchimatose epatiche nella tossiemia; permette quindi di precisare la diagnosi, di aver guida terapeutica e suggerimenti prognostici.

Dott. PUCCIONI (Firenze). — *Il connettivo nell'utero gravido e puerperale.* — Il tessuto retico-

lare dell'utero gravido va incontro, specie nei primi tempi di gravidanza, a fatti di iperplasia ed acquista maggior finezza e ricchezza. Dei vari elementi cellulari troviamo aumento delle cellule del reticolo e delle wandersellen; aumento pure notasi a carico delle plasmazellen e delle mastzellen. In puerperio si assiste ad un rapido e progressivo ritorno alla norma del connettivo uterino. Le cellule del reticolo, le wandersellen sono identificabili con le cellule interstiziali e quindi con la cosidetta ghiandola miometrale.

Discussione.

Prof. D'ERCHIA (Bari). — Egli trovò aumento delle mastzellen che col loro enzima protoplasmatico favoriscono l'involuzione uterina puerperale.

Dott. MOMIGLIANO (Roma). — Domanda se nei preparati colorati col metodo Ciaccio nelle cellule descritte si notino solo granuli lipoidei od anche carminofili.

Dott. PUCCIONI. — Risponde al prof. D'Erchia che egli ha eseguito ricerche su cavie e topi e non su donne; al dott. Momigliano che egli trovò solo granuli lipoidei.

Dott. DE DONNO (Bari). — *L'applicazione pernasale della pituitrina.* — Provando l'applicazione pernasale dell'estratto ipofisario e dell'istamina, conclude che tali mezzi non sono atti a provocare il parto. Le contrazioni aumentano se il travaglio è già iniziato e in media se la dilatazione è già presso i tre centim. Non ha trovato variazioni nel polso, pressione e battito cardiaco fetale; ha notato solo dopo qualche minuto dall'applicazione movimenti attivi fetali molto accentuati.

Prof. PONZIAN (Belluno). — *La diagnosi radiologica della mola vescicolare.* — In un caso in cui mancava ogni sintoma che permettesse di confermare una sospettata mola vescicolare, l'O. ha potuto chiaramente metterla in evidenza mediante istillazione endouterina di Jodipina e successive radiografie, che presenta. Non risulta che altri abbia avuto finora occasione di fare eguale osservazione diagnostica.

Prof. D'ERCHIA F. (Bari). — *Ancora sulla genesi e struttura della mola vescicolare.* — Esiste una mola prettamente epiteliale, ed una connettivo-epiteliale.

La prima deve il suo sviluppo a modificazioni profonde nell'orientamento dei blastomeri e nel successivo sviluppo dei foglietti embrionari, specie di quello medio, che viene fin'anche a mancare nei villi coriali.

La seconda specie di mola si sviluppa in seguito alla trombosi dei vasi del mesoderma periferico, dovuta a lesioni tossiche o inflammatorie di origine fetale o materna.

Dott. MAGNANI (Firenze). — *Le basi guanidiniche nell'eclampsia.* — Secondo l'O. le guanidine, che si possono dimostrare in particolari momenti nelle urine delle eclampsiche, avrebbero una parte importante nella produzione del quadro più clamoroso dell'eclampsia.

Prof. RIZZACASA (Aquila). — *Un caso di spina bifida occulta.* — Illustra un caso clinico nel quale si ebbe rottura dell'arco pubico in un'applicazione di forcipe e alla radiografia si trovò sacro-schisi, vera e propria spina bifida, prima non constatata all'esame clinico. Spiega la rottura con l'ossificazione e la mancata riducibilità della testa fetale.

Discussione.

Prof. MICHELI (Roma). — Domanda se concausa della rottura della sinfisi non sia dovuta nel caso speciale anche alla direzione di trazione del forcipe.

Dott. TRANCHIDA L. (Montopoli Sabina). — *Rarissimo caso di tubercolosi genitale in gravidanza e generalizzazione miliare acuta in puerperio.* — Conclusioni: La gestazione può rendere rigogliosa una tubercolosi genitale; da questa è solito interrotta come nel caso illustrato dall'O.

Dott. GIUSEPPE GIAVOTTO. — *Esiti lontani di pielonefrite gravidica.* — L'O. ha studiato pieloscopicamente il quadro funzionale della pielonefrite gravidica, metodo fin'ora mai da alcuno seguito in detta malattia. Dalla costanza dei reperti, dimostranti più o meno gravi lesioni anatomiche e funzionali, tutte a carattere permanente, trae deduzioni pratiche sulla entità clinica dell'affezione in parola. Come deduzione prognostica, quo ad valetudinem, insiste sulla riservatezza che all'ostetrico s'impone fino ad esami funzionali completi, a distanza, espletati; e sulla conoscenza degli esiti richiama l'attenzione, per l'eventuale determinarsi di malattie lontane più spesso competenza del chirurgo.

Prof. PROCOPIO (Catanzaro). — *Una non comune indicazione del taglio cesareo demolitore.* — Donna con deformità rachitiche molto accentuate, operata di taglio cesareo soprasinfisario nella Maternità di Catanzaro il 22-7-1925 con buon risultato. Il 23-5-1927 fu ricoverata in travaglio di parto e presentava ai genitali esterni una vasta massa di condilomi acuminati in via di disfacimento. Taglio cesareo demolitore. Feto vivo. I condilomi vengono asportati con il termocauterio nove giorni dopo l'operazione. Guarigione.

Discussione.

Prof. D'ERCHIA (Bari). — Ricorda casi di condilomatosi vaginale, nei quali il parto andò bene dopo asportate le vegetazioni condilomatose.

Prof. Alfieri (Milano). — Il T. C. demolitore nel caso del Procopio aveva sua ragione nel vizio pelvico grave e nella ripetizione del T. C. Circa l'indicazione data dalle masse condilomatose la crede del tutto eccezionale.

Prof. Procopio (Catanzaro). — Egli crede che in casi analoghi a bacillo normale ci si dovrebbe preoccupare della sepsi legata alle condilomatosi per trovare l'indicazione al T. C. demolitore.

Prof. Massone (Genova). — *Su diciotto casi di taglio cesareo classico.* — Espone i casi: insiste sulla convenienza di praticare metodicamente, subito dopo lo svuotamento dell'utero, un'iniezione di preparato di segale (egli adopera la secacornina « Roche »: 3-4 cmc.) direttamente nella muscolatura uterina per cercare di evitare il pericolo di emorragie secondarie. In tutti i suoi casi l'esito fu felice per madre e feto.

Prof. Bacialli (Camerino). — *Sul taglio cesareo vaginale.* — Crede l'operazione indicata utilmente nelle eclampsiche primipare particolarmente con collo conservato ed orifici chiusi, nell'ipertrofia longitudinale o stenosi del collo uterino, in qualche caso di distacco precoce della placenta, nei casi nei quali è controindicato l'intervento addominale (cisti suppurate, cisti da echinococco, ecc., concomitanti alla gravidanza). Gli insuccessi sono quasi sempre in rapporto con indicazioni improprie.

Dott. Ragusa (Roma). — *La posizione di Walcher in gravidanza per l'allungamento graduale dei ligamenti sacroiliaci.*

Discussione.

Prof. Pestalozza (Roma). — La ginnastica proposta dall'O. potrà forse allungare i ligamenti dell'articolazione sacro-iliaca, ma richiederà sempre il ritorno alla posizione del W. nel parto, essendo inverosimile che l'allungamento dei ligamenti determini da sè un allungamento della C. V.

Prof. Artom di Sant'Agnese (Roma). — *Sulla tecnica per il complemento della dilatazione durante il travaglio.* — Trattasi d'incisioni multiple del margine nella dilatazione incompleta, anche essendo la testa fetale fra le branche del forcipe, nel momento nel quale vedesi difficile il suo sgusciamento attraverso la incompleta dilatazione. Il metodo da anni usato merita larga applicazione.

Discussione.

Prof. Santi (Trieste). — Le incisioni sul collo incompletamente dilatato, in uso in passato, furono forse abbandonate per i danni che producevano (prolungamento delle incisioni, ecc.). È a sperare che in avvenire siano abbandonate ora che possediamo una sostanza — la timofisina — che così bene risponde in periodo dilatante ad accelerare la dilatazione della bocca uterina.

Prof. Artom di Sant'Agnese (Roma). — Non ha mai visto estendersi le incisioni da lui praticate. Anche i trattati (Döderlein, Winckel) affermano che esse non si estendono. Sono noti i casi di lacerazioni del collo estese e pericolose verificatesi per trazioni sul forcipe quando persiste un cercine della bocca uterina.

Dott. Ragusa (Roma). — *L'uso del pallone di Champetier per preparare la dilatazione del peritoneo.*

Prof. Oliva (Genova). — *Di uno spiacevole esito remoto di una sinfisiectomia alla Costa.* — L'O. è sempre entusiasta di questa operazione, destinata in molti casi a soppiantare il taglio cesareo nella gravidanza in atto e nelle successive.

In una delle sue dieci sinfisiectomizzate, tutte con esito felice per la madre e per il feto, fu spiacevole il verificarsi di un'ernia vescicale. La sinfisiectomia era stata praticata con la resezione anche di una parte della parete anteriore pubica e conseguentemente di una parte del legamento pubico anteriore e delle inserzioni inferiori dei m.m. retti addominali, le quali così resecate debbono poi esser suturate alla porzione residua del lig. anteriore. Questa sutura è minacciata dalla distensione gravidica della parete addominale ant. e dal parto, rendendo facile la mancata adesione, la diastasi dei m. m. retti e l'ernia vescicale in secondo tempo.

Prof. Di Bernardo A. L. (Spezia). — *Risultato remoto di una sinfisiectomia secondo Costa.* — In una donna preparata per il parto con la sinfisiectomia, si dovè far ricorso al T. C.

Discute in base al suo caso le indicazioni dell'operazione di Costa, che afferma sempre più limitate di fronte ai vantaggi del T. C.

Dott. La Monica (Roma). — *Craniestrattore (Basio-clisiotribo).*

Discussione.

Prof. D'Erchia (Bari). — L'istrumento presentato dal dott. La Monica è un buon tiratesta quando non esistano restringimenti gravi della pelvi, ma non potrà mai sostituire il cranioclaste di Braun, che oltre l'azione estrattrice, favorisce l'asinclitismo. Le esperienze fatte dall'O. sul cadavere non possono valere sulla donna viva. Esse debbono però esser tenute presenti come veramente ingegnose.

Prof. Alfieri (Milano). — S'accorda col D'Erchia a dare all'istrumento del La Monica solo il valore di un complesso mezzo tiratesta. Gli sembra esso non possa valere a far compiere al cuneo basio-facciale il particolare meccanismo di incli-

nazione le cui leggi fondamentali furono stabilite dal Cuzzi. Se l'istrumento non potrà così sostituire il Braun, esso, perchè garantisce completamente contro i pericoli di eventuali lesioni, ha diritto a larga esperimentazione prima di farci concludere circa i suoi maggiori o minori pregi.

Dott. LA MONICA (Roma). — Osserva che l'avere ottenuto il passaggio di una testa fetale con BP. di 91 mm. in un bacino di ferro a C. V. di 60 mm. stia a dimostrare la più che sufficiente inclinazione della base.

Prof. ARTOM DI SANT'AGNESE (Roma). — *La episiotomia mediana*. — In 12 casi praticò la episiotomia mediana longitudinale sul perineo invece di quelle note trasversali laterali. Mai esse si estesero nel parto al retto intestino, e valsero ad evitare il forcipe.

Discussione.

Prof. SANTI (Trieste). — In mano meno esperta l'episiotomia mediana darà frequentemente la lacerazione del retto.

È da temere l'abuso della episiotomia.

L'O. è piuttosto contrario ad ogni episiotomia, ma più a questa patrocinata dall'O. L'episiotomia laterale trova sua indicazione solo nella minacciante lacerazione centrale del piano perineale.

Prof. ARTOM DI SANT'AGNESE (Roma). — L'abuso dell'episiotomia è meno dannoso dell'abuso del forcipe, anche perchè meno dà pericolo di sepsi per la madre e non dà pericoli fetali.

Prof. PIETRO SIRENA-CORLEO (Palermo). — *Nuovo metodo di tamponamento ostetrico per una migliore azione dinamica*. — Tale metodo di tamponamento è costituito da uno zaffo di garza ambrinata o paraffinata praticato a strati, secondo le varie zone del canale genitale.

Dott. MENEGHINI (Camerino). — *Contributo allo studio dei grassi nell'alimentazione del lattante*.

*
* *

Il Congresso si chiuse designando la sede del Congresso XXVII a Roma nel 1928 ed eleggendo relatori per questo Congresso i Soci: proff. Bolaffio Michele (Cagliari) e Vercesi Carlo (Sassari).

Rispettivamente i due relatori designati scelsero i seguenti temi di relazione:

1) « Stato attuale della Radiologia ginecologica ».

2) « Tubercolosi e gravidanza ».

*
* *

Nel Congresso fu veramente importante una seduta dedicata alle questioni riferentisi alla « Protezione della Maternità ». Alla seduta parteciparono il prof. Valagussa, Vice-Commissario, ed il prof. D'Ormea, ispettore generale dell'« Opera Nazionale per la Maternità e l'Infanzia », i quali videro la *necessità di una maggior difesa della Maternità* ed accettarono subito le proposte del Congresso, suggerite dai risultati dei lavori di una Commissione all'uopo nominata (Alfieri, Gaifami, Gentili).

I due egregi rappresentanti dell'Opera Nazionale della Maternità-Infanzia riconobbero la necessità di *indurre i Comuni ad applicare in ogni caso la legge per la protezione della Maternità*, fermamente voluta dal Governo Nazionale e ad abbandonare i criteri fiscali con i quali in passato furono chiuse alle madri-gestanti le porte degli Ospedali, delle Maternità... Venne anche riconosciuta l'*opportunità di includere lezioni di ostetricia nei corsi di puericoltura* e furono stabiliti i programmi per tali lezioni che dovranno esser tenute dal ginecologo. Si vide anche l'opportunità di creare *speciali corsi di assistenza ostetrica* paralleli a quelli di puericoltura. Venne decisa anche l'inclusione dello *speciale insegnamento di puericoltura nelle scuole per le levatrici* i cui studi ora come è noto durano tre anni. Venne richiesta: la *creazione di Maternità* anche piccole dove non esistono ed il miglioramento di quelle esistenti, per tutte preposti specialisti ostetrici, possibilmente libero-docenti.

Su proposta Santi-Micheli i rappresentanti dell'O. N. M. I. accettarono di far premure e d'insistere presso le amministrazioni ospedaliere perchè le donne gravide siano ricoverate nei Reparti di Maternità, anche se colpite da malattie proprie della gestazione o concomitanti.

Questa seduta fece certo fare un buon passo alla protezione della Maternità. Opportuni « Ordini del giorno » furono redatti ad affermare le conclusioni approvate dal Congresso e dai rappresentanti dell'Opera Naz. per la Maternità e l'Infanzia.

Il Congresso su proposta Santi emise voti per la migliore applicazione delle disposizioni di legge contro l'*aborto criminoso* e per la severa sorveglianza dell'*aborto medico*.

*
* *

In una speciale seduta privata il Congresso stabilì di chiedere la *erezione in Ente Morale della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia*, modificando all'uopo opportunamente il suo Statuto e Regolamento.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il potere battericida dei versamenti pleurici tubercolari.

Nel liquido delle pleuriti tubercolari esistono delle agglutinine e degli anticorpi specifici. Il potere agglutinante, che oscilla tra + 5 e + 20, mentre è debole nei primi giorni della pleurite, va man mano aumentando per raggiungere il suo massimo già verso il 15° giorno. Si può affermare che quanto più alto è il tasso in agglutinine, tanto più la prognosi è buona. Al contrario una deviazione del complemento positiva è sempre indice di una pleurite grave.

Il liquido delle pleuriti tubercolari inoltre è battericida rispetto a colture di bacilli di Koch. Addizionando a dell'acqua peptonata glicerinata del liquido pleurico e una goccia di una coltura omogenea di bacilli di Koch, questo liquido, anche dopo 4-5 giorni, rimane chiaro, mentre il tubo controllo s'intorbida. Allo stesso modo dei tubi controllo si comportano i tubi nei quali è stato aggiunto del liquido pleurico, ottenuto da individui con vizi cardiaci scompensati.

P. Courmont e H. Gardère (*Journ. de Méd. de Lyon*, 1927 pag. 519) hanno voluto osservare se questo liquido pleurico tubercolare avesse anche un potere batteriolitico sul. b. di Koch. Facendo esperienze a questo riguardo, hanno potuto vedere che, mettendo a contatto in 5 cmc. di acqua peptonata glicerinata un numero di germi inferiore a 2000, e 0,50 cmc. di liquido pleurico tubercolare, il tubo rimane chiaro anche dopo 7 giorni; seminando allora su terreno privo di liquido pleurico il deposito ottenuto dalla centrifugazione prolungata, non si ottiene più sviluppo di germi. Seminando un numero di germi da 10.000 a 20.000 il centrifugato produce intorbidamento del nuovo mezzo di coltura, ma con ritardo. Per un numero superiore di germi l'intorbidamento avviene senza ritardo.

Per determinare l'indice del potere battericida di un dato liquido pleurico gli AA. propongono il seguente metodo: diluiscono, nelle proporzioni di 1/8; 1/4; 1/2, il liquido pleurico in 3 serie di tubi di acqua peptonata glicerinata; mantengono una quarta serie con del liquido pleurico puro, e una quinta con solo acqua peptonata glicerinata. A tutte e cinque le serie aggiungono una goccia di coltura di b. di Koch di un mese. Dopo 15 giorni di termostato, osservano i tubi contenenti la diluizione del liquido pleurico, paragonandoli ai tubi controllo. L'indice del potere battericida è determinato dalla cifra della diluizione più debole in liquido pleurico che permette un ritardo evidente nello sviluppo della coltura. Questo potere sarà espresso dai numeri: 8, 4, 2, 1, 0, numeri proporzionalmente inversi alla diluizione considerata. È da tener presente che mentre la filtrazione del liquido pleurico su candela Chamberland L 5 diminuisce il potere battericida, l'invecchiamento non ha grande importanza, e il riscaldamento tra + 56° e + 60° sembra esaltare il suo potere battericida.

Gli AA., comparando il potere battericida con il potere agglutinante e con la reazione di deviazione del complemento, hanno osservato che i liquidi pleurici che presentano un forte potere battericida presentano anche un forte potere agglutinante e spesso anche una deviazione del complemento positiva.

Dal risultato di queste ricerche comparative si potranno tirare delle conclusioni diagnostiche e prognostiche. Nel caso di versamento pleurico siero-fibrinoso, se esso agglutina il b. di Koch al di là di + 5 e se presenta potere battericida netto, si può affermare che si tratta di tubercolosi.

Per il valore prognostico si dà significato di benignità quando:

P. B. = +; P. A. = ++; D. C. = O

Il potere battericida debole è di prognosi cattiva.

Riguardo all'idropneumotorace gli AA. pensano che esso, quando è accompagnato da un alto potere battericida, non rappresenta un ostacolo alla guarigione, e perciò deve essere rispettato.

ENRICO.

Ricerche sulla specificità dell'allergia tubercolinica.

P. Pietra e F. Penati (*Arch. Scienze Mediche*, vol. XLIX, n. 33, agosto 1927) osservano che l'allergia tubercolinica va considerata sotto due aspetti: 1) se la reazione è specifica solo per la tubercolina, oppure è comune ad altre sostanze; 2) se l'allergia tubercolinica sia specifica d'una infezione tbc., oppure possa essere prodotta da altre infezioni.

Sulla prima quistione l'accordo pare raggiunto, nel senso che la reazione non è specifica per la tubercolina, ma può aversi anche una reazione aspecifica con altre sostanze: malleina, proteine batteriche del tifo. Tale reazione aspecifica ripete istologicamente le alterazioni della reazione specifica (Pietra). Inoltre la prima va soggetta al fenomeno di riviviscenza così come quelle specifiche.

In rapporto al secondo quesito, molti AA. credono che la reazione allergica sia specifica della tbc., e debba interpretarsi come una reazione della cute ad un focolaio occulto di tbc.

Il Pietra e il Penati hanno ripreso le ricerche sperimentali, già iniziate da Mastbaum e Zinsser, per poter stabilire se altri stati infettivi, o modificazioni particolari dello stato reattivo dei tessuti, mercè proteine o sostanze eterogenee, possano influire sulla reazione, creando un'allergia paragonabile a quella tbc.

Furono usate le cavie, alle quali veniva iniettato sottocute 1 cmc. d'una sospensione di germi vivi di m. melitensis e bac. abortus; in altre fu inoculato 1 cmc. di sospensione batterica colibacillare.

In tutte queste esperienze s'è sempre avuto un esito negativo per lo sviluppo d'una reazione tubercolinica, mentre l'allergia specifica, in rapporto al germe inoculato, è stata sempre presente.

Tali esperienze furono fatte anche in individui con reazione alla tubercolina negativa. Essi venivano sensibilizzati con una sospensione di m. melitensis, uccisi con calore.

All'inoculazione spesso seguiva una reazione, con elevazione febbrile, dolore, senso di malessere. Anche in questi casi la reazione tbc. fu negativa, eccetto in uno su 5 casi trattati. Anche l'intradermoreazione alla melitina fu negativa in 4 casi su 5.

Fu inoltre saggiata la intradermoreazione alla tbc. e alla melitina in individui affetti da febbre di Malta. I risultati non mostrano un netto parallelismo di sviluppo tra le due reazioni.

Questi risultati pertanto escludono la possibilità che altri stati infettivi possano provocare un'allergia paragonabile a quella che si ha in individui con focolai di tbc. CARUSI.

CASISTICA.

Sulla sifilide cranica tardiva.

Il Dieulafoy, che si è occupato in passato della sifilide cranica, ci ha lasciato una caratteristica descrizione del come si presentano le ossa craniche affette da sifilide.

Il Leri e Cottenot l'anno scorso hanno richiamato l'attenzione sulla sifilide cranica tardiva, con assenza di precedenti manifestazioni luetiche. Per questi AA. le alterazioni si presentano con formazioni osteofitiche del tavolato interno, le quali possono produrre accessi convulsivi, fenomeni paretici a carico degli arti o dei nervi cranici.

F. Vitale (*Giornale Medico*, n. 2, luglio 1927) riferisce quattro casi di sifilide tardiva.

Il primo riguarda una donna di 45 anni, senza precedenti morbosi, nè manifestazioni luetiche. Da 7 anni soffriva cefalea, che negli ultimi tempi era diventata continua, intensa, e si accompagnava a febbre.

Il liquido c.-r., a pressione normale, con RW. positiva. Tale reazione era positiva anche nel sangue. L'esame radiologico svelò numerose zone di rarefazione, con decalcificazione generale delle ossa craniche. Una cura di arsenobenzoli in breve fece cessare la cefalea, e guarì l'inferma.

La seconda inferma presentava i medesimi caratteri: assenza di precedenti luetici, cefalea intensa, febbre. Negli ultimi tempi comparvero sulla teca cranica escrescenze varie, dolentissime, che all'esame radiologico apparvero come zone di rarefazione calcarea.

La RW. nel sangue positiva. Tali disturbi scomparvero con una cura mercuriale.

La terza inferma, di anni 47, aveva avuto intensa cefalea, cui seguì una ptosi palpebrale a s. con oftalmoplegia totale, e febbre. L'esame radiologico svelò una tumefazione sopraorbitaria di opacità ossea, a profilo irregolare.

La RW. negativa nel liquor e nel siero.

Una cura salvarsanica e bismutica rimise l'inferma; restò però la massa neoplastica sopraorbitaria.

L'ultimo caso, una donna di 56 anni, presentava ptosi palpebrale s., iniziatasi con intensi dolori alla stessa metà del capo, e con strabismo divergente.

La RW. negativa nel liquor, fu positiva nel sangue.

L'esame radiologico mostrò il seno sfenoidale completamente opacato, il cavo orbitale s. con la parte infero-laterale velato; la velatura si diffondeva al seno mascellare.

È noto come la sifilide colpisca il III paio frequentemente, con il 50-60 % delle paralisi oculari.

Però l'A. ricorda come non si debba pensare sempre alla lue in simili casi, ancorchè vi siano antecedenti luetici, perchè altre infezioni, sia pure raramente, come il tifo, l'influenza (neurite post-influenzale), il reumatismo, possono dare tali manifestazioni, e l'A. ne riferisce dei casi.

L'esame radiologico di fronte a simili infermi, può essere di grande aiuto, per mettere in evidenza quelle alterazioni che fino a quell'epoca non avevano dato alcun segno obbiettivo.

CARUSI.

Schema nosologico delle osteopatie sifilitiche osservate nella prima infanzia.

Péhu e Chassard (*Journ. méd. franç.*, n. 11, nov. 1927) studiano minutamente le forme tipiche della sifilide ossea nei primi due anni di vita, lasciando da parte le osteopatie nella cui etiologia la sifilide figuri ipoteticamente, come il rachitismo, l'acondroplasia, l'osteogenesi imperfetta, ecc.

Su 85 casi di sifilide controllata, autentificata dai segni clinici o sierologici, gli AA. hanno trovato 67 volte alterazioni ossee, 25 casi di osteocondrite, 43 di periostite ossificante, 3 gomme e 26 casi di forme distrofiche.

Gli AA. classificano in 4 gruppi le osteoplasie sifilitiche della prima infanzia.

L'*osteocondrite* non si rivela che coi segni clinici della pseudo-paralisi di Parrot. Corrisponde alla fase evolutiva, necrobiosante della lesione.

La periostite ossificante, appare più tardi, è meno dolorosa e s'accompagna alcune volte a edema profondo dell'arto. Non è un'infiammazione o un'iperplasia periostea, ma bensì il risultato di una turbata osteogenesi.

La *forma gommosa* è eccezionale.

La *forma distruttrice* è caratterizzata da una fragilità speciale del tessuto osseo. Si manifesta con fratture spontanee, o dopo un traumatismo insignificante, che passano inosservate, lasciando però calli fibrosi non incrostati di sali calcarei. Più che una lesione locale è un'alterazione d'ordine generale.

Naturalmente per tutte queste osteopatie, la radiografia è un elemento diagnostico di primo ordine, poichè può mettere in evidenza lesioni che non si manifestano clinicamente, precisare lo stadio di evoluzione, ecc. In tutti i bambini perciò, nei quali la sifilide ha ragione di essere sospettata, occorre eseguire radiografie dell'intero scheletro.

La diagnosi di queste lesioni è di straordinaria importanza, cedendo esse facilmente e rapidamente al trattamento antisifilitico. Solo la periostite ossificante può a volte essere un po' ribelle, ma dopo qualche tempo l'osso riacquista la sua struttura e la sua gracilità normale.

A. POZZI.

TERAPIA.

La cura degli edemi cutanei circoscritti.

Questi edemi si verificano in soggetti a tara neuro-artritica. Si tratta di gonfiori molli, talvolta pruriginosi, di dimensioni varie fino alla superficie della palma della mano. Scompaiono in capo a qualche ora, ma recidivano ad intervalli regolari. Nella donna talvolta coincidono con le regole. Può essere colpita la glottide ed allora la malattia diventa grave. Talvolta si ha eruzione d'orticaria, accessi d'asma, crisi emicraniche.

L'affezione può accompagnarsi a disordini gastro-intestinali, che possono esserne la causa e che quindi conviene combattere. Sono utili il regime latteo-vegetariano ed i lassativi salini. In caso d'iperstenia gastrica si può adoperare la formula seguente:

Polvere di belladonna	mmgr. 5
Sottonitrato di bismuto	
Magnesia calcinata	anagr. 1.50
Caolino	gr. 7

Se ne dà una cartina al giorno in un mezzo bicchiere d'acqua calda una mezz'ora dopo la prima colezione. Si continua la cura per 15 giorni.

Se lo stomaco non presenta alcun disturbo, si alternerà il cloruro di calcio con il salicilato di chinino. Di queste si daranno per 10 giorni due cartine al giorno di 25 cgr. Quindi per altri 10 giorni dopo ogni pasto si daranno 40 gocce della seguente soluzione:

Cloruro di calcio	
Acqua di menta	anagr. 25

Qualora le papule si localizzino alla laringe, si può rendere indispensabile la tracheotomia. (*Journal des Praticiens*). *dr.*

La creolina nella scabbia.

P. Moullard (*Thèse de Paris* e *Presse Médicale*, 10 settembre 1927) ha usato le spennellature con creolina (l'A. consiglia quella Pearson, purificata), facendo delle soluzioni a 1/4 per l'uomo, a 1/5 per la donna, a 1/6 per il bambino. Se tale titolo ha effetti irritanti, è consigliabile abbassarlo a 1/10. Alcuni malati possono presentare in seguito un'irritazione cutanea, d'altronde benigna, che si calma con pomate e bagni.

Si stende la soluzione sulla pelle per mezzo di un tampone di cotone idrofilo, esercitando una pressione dolce. Il malato rimette i suoi vestiti. L'indomani, seconda applicazione; alla sera un bagno. Talora basta anche una sola applicazione.

Questo metodo è di assoluta innocuità, di efficacia rapida, di facile esecuzione. Esime inoltre dalla disinfezione dei vestiti. *fil.*

L'aspirina in certe dermatosi.

Brocq (*La médecine*, novembre 1927) consiglia l'aspirina, a dosi di 1-2 grammi, non soltanto nei pruriginosi, ma anche in malati con eruzioni papulo-pustolose miliari recidivanti della faccia. Tale medicazione è particolarmente attiva quando si tratta di individui impressionabili o soggetti a neuralgie, ad emicranie, a dolori reumatoidi, ad accessi di asma, ad attacchi congestivi viscerali, ecc.

Prima della somministrazione, è necessario assicurarsi della integrità del filtro renale e della tolleranza del medicamento (che può dare disturbi gastrici, eruzioni), nonchè dell'efficacia dell'aspirina in disturbi antecedenti. *fil.*

Formulario.

Contro l'Iperidrosi.

Tannino	gr. *cinque*
Alcool etilico	» *centocinquanta*

Uso locale.

VARIA.

Come morì Ferdinando II Re di Napoli.

Regnando Ferdinando II, ai medici e chirurgi che volevano aprire uno studio privato s'imponeva un esame di catechismo molto curioso, anzi vi era una commissione di vigilanza *ad hoc* presieduta da mons. Apuzzo. Fra le domande di catechismo si ricordano queste: La morte di Gesù fu reale o apparente? Le sacre stimmate di S. Francesco di Assisi erano segni soprannaturali o piaghe erpetiche? Potrebbe il magnetismo spiegare il miracolo? Come ammettersi la verginità di Maria dopo il parto?

Così scrive De Cesare nel suo bellissimo libro: *La fine di un regno.*

Ferdinando II, verso la fine del 1858, aveva 48 anni, non si sentiva bene. Era divenuto pingue, incanutito e un'eruzione erpetica di un rosso vivo gli copriva il collo. Il dott. Ramaglia, clinico dell'Università di Napoli, lo visitò per preghiera della Regina e rispose: *Il re non ha florida salute ed io sono di parere che il viaggio nelle Puglie si dovrebbe rimandare alla prossima primavera; se irrigidisse il tempo non so quanto ne soffrirebbe la salute del Re.* Fu riferito che il Re dicesse a Ramaglia: *Don Piè, quant'hai avuto pe darme sto consiglio?*

Il Re aveva deciso di andare a Bari a incontrare Maria Sofia fidanzata del Principe ereditario, ma prima di arrivare a Bari avrebbe visitate le principali città della Puglia.

L'otto gennaio il Re, la Regina, il Principe ereditario, il conte di Trani, il conte di Caserta e un lungo seguito partirono da Caserta. Aperti i cancelli vide il Re due cappuccini che si sprofondavano in inchini: *Terè* (disse Ferdinando alla Regina) *che brutto viaggio che facimmo sta vota!*

Il viaggio infatti fu disastroso, freddo e neve perseguitarono la reale famiglia. A Dentecane e Ariano i cavalli sdrucciolavano, le ruote delle carrozze non resistevano ai freni. Il re dovette discendere e camminando a stento si appoggiava al braccio di una sua robusta guardia d'onore e prendeva ogni tanto qualche sorso di Rum. Alla salita di Camporeale fra Ariano e Foggia il re dovette di nuovo scendere dalla vettura, e sentendosi molto stanco, si mise a sedere sopra un mucchio di sassi mentre la tormenta imperversava. Nel levarsi sentì un acuto dolore all'inguine e stentò a rimontare in carrozza. Arrivato a Foggia si riposò. Ripreso il viaggio da Canosa a Andria a Acquaviva fu una marcia trionfale. Da Gioja del Colle a Taranto un delirio di tutte le popolazioni. Da Taranto a Lecce il viaggio fu compiuto di notte. Doveva poi ripartire per Bari ma fu preso da alta febbre e dolori ai lombi. All'alba la regina chiamò l'intendente Sozi Carafa perchè consigliasse un medico e il Sozi rispose: *Ne abbiamo due, maestà, il d'Arpe e il Leone*, di maggior grido e valore il primo, ma vecchio liberale; l'altro più giovane, anche liberale, ma uomo d'ordine. *Si chiami il secondo*, ordinò la Regina.

Il dott. Giuseppe Leone non visitò il Re ma dai sintomi che la Regina gli espose giudicò impossibile la partenza. Nella giornata il Re aggravò e volle cavarsi sangue. Il flebotomo Don Antonio Marotta fece l'operazione dopo che il Re si ebbe unta la fronte con l'olio delle lampade che pendevano innanzi a una Sacra immagine. Appena uscito lo zampillo di sangue: *Salute Maestà*, disse il flebotomo, e il Re: *Quanto me n'avite cacciato? Dieci once; questa è la regola, Maestà*, rispose il Marotta, e il re stringendogli il braccio: *Grazie, masto; m'avite data 'a salute; o signore v'o renne, figlio mio.*

Il Marotta ebbe trenta piastre. Ma il male si inasprì. Tosse, vomito, peso allo stomaco fecero pensare al dott. Leone che si trattasse di congestione polmonare con complicazione gastrica e prescrisse acetato ammoniacale. Il dott. Leone per togliere al malato ogni sospetto fece della medicina due parti e ne bevve una in presenza del Re! Il re sorrise e bevve la sua pozione! In seguito gli prescrisse sale inglese, tartaro e olio di ricino. Il Leone vegliava il Re anche di notte. Peggiorando le condizioni la Regina volle il prof. Ramaglia che giunse da Napoli dopo cinque giorni in compagnia del suo assistente Domenico Capozzi.

Il dott. Leone e il Ramaglia ebbero un primo colloquio ed il Ramaglia che aveva la debolezza, cresciuta con gli anni, di creder d'intuire le malattie senza esaminare l'infermo, giudicò da principio il male del re una febbre reumatico-biliosa (sic)!!! Il dott. Leone l'aveva definita reumatico-catarrale! ma il Ramaglia insistè per la *biliosa* perchè egli sapeva a quali dispiaceri fosse andato soggetto il re!!

Il Re ebbe in seguito un piccolo miglioramento, cessò la febbre e potè partire per Brindisi accompagnato dal Ramaglia e Capozzi. Proseguirono poi per Bari. Il re cominciò ad avere atroci sofferenze. Ramaglia adoperò tutte le risorse della professione per lenirgli i dolori, ma invano. Ferdinando nè poteva alzarsi di letto nè assistere alla benedizione nuziale di suo figlio. Giunta la sposa Maria Sofia nella camera del malato questi l'abbracciò teneramente e piansero insieme di commozione. Il peggioramento era rapido, fu richiamato il dott. Leone da Lecce e a consulto il

dott. Nicola Longo di Modugno, il dott. Vincenzo Chiaia di Rutigliano e il dott. Eugenio Ferrara di Bitonto. Nessuno però potè visitare il Re per evitargli emozioni, come diceva il Ramaglia e la diagnosi fu approvata. Ma in vero nessuno sapeva la causa del male. Richiamato il dott. Longo, questi potè finalmente visitare l'infermo e la diagnosi di ascesso profondo della regione femorale apparì evidente. Ramaglia dovette convenire col Longo pur continuando a sostenere che l'ascesso non aveva la prima importanza sulla malattia. Povero Ferdinando in che razza di mani era capitato! E lo capì perchè perse ogni fiducia sui medici e sulla medicina e tosto si rivolse alle reliquie miracolose che aveano trasformata la camera da letto in un piccolo santuario.

Il re nel parossismo del dolore invocava e Santi e Madonna dell'Immacolata nella quale aveva immensa fiducia. Intanto il male progrediva e il Longo dichiarò francamente al Ramaglia che l'apertura chirurgica dell'ascesso era il solo rimedio. Il Ramaglia continuò a esser titubante. Il principe ereditario raggiunse il dott. Longo e gli disse: *Don Niccola io non capisco niente; questa opposizione all'operazione mi scoraggia, il morbo cammina e le sofferenze aumentano. Io fido su di voi. Il re ha per voi molta deferenza, vi ascolta volentieri, ditegli che l'operazione è necessaria e vi si deve procedere senza indugio.*

Il Longo tornò dal re dopo tre giorni, mentre inutilmente sulla coscia il Ramaglia avea fatto fare frizioni di pomata mercuriale, e coraggiosamente disse al Re: *Maestà, la sventura vostra in questa contingenza è l'esser Re. Se foste un infelice gettato in un ospedale, a quest'ora sareste probabilmente guarito*, e il Re rispose: *Don Niccola, mo me trovo sotto; facite chello che vulite.* Si stabilì che l'operatore fosse il dott. Modugno di Bitonto ma nè la Regina nè il Ramaglia permisero che il Re fosse operato a Bari. Stabilirono che la nave: *il Fulminante* avrebbe trasportato a Napoli il malato.

Il dott. Longo non approvò e fece le sue riserve ma non fu ascoltato. La febbre era salita, i brividi continui, i sudori profusi, un infermiere avrebbe preso un bisturi e spaccato l'ascesso, ma il Re Ferdinando fino a Napoli non doveva esser toccato!! A bordo le cure furono affidate al dott. Cristofaro Capone ufficiale medico di marina molto stimato che capì benissimo che l'unico rimedio era il bisturi; ma Ramaglia opinò che l'operazione non poteva esser fatta a bordo ma a Caserta appena giunti.

Empiastri di seme di lino furono applicati fino al 9 marzo giorno dell'arrivo. I chirurgi De Rensis e Trinchera convennero coi medici curanti nella necessità di operare senza indugio.

L'indugio pur troppo era stato troppo lungo! Il Trinchera sbagliò la prima incisione e dalla seconda uscirono, dice il De Cesare, parecchie libbre di pus. Troppo tardi, l'infezione purulenta era generale. Furono chiamati a consulto i medici Lanza, Prudente ed il chirurgo Palasciano di Palermo ma impedirono che visitassero l'illustre infermo per non impressionarlo!

Il Lanza ironicamene disse: *Il Re starà bene, fatelo nutrire di latte di donna*, e soggiunse: *Ferdinando morirà dopo aver contemplato il suo cadavere.* E così fu.

Santi, madonne, acque miracolose scapolari, tutto Ferdinando voleva, toccava e baciava con gran fede. Il cardinal di Cosenza, padre Lodovico da Casoria recarono all'infermo grande conforto. Il 23 maggio dopo inaudite sofferenze morì.

Questa è in breve la storia della malattia e della morte di un Re amatissimo dal suo popolo, morto a 49 anni per pregiudizio o per insipienza dei suoi medici.

Chiara è ora la visione di quel male. Ferdinando era indebolito e ingrossato, avea un alterato ricambio (diabete?). Una dermatosi del collo fu probabilmente l'innesto di quei germi che in un corpo alterato, affranto dai disagi del viaggio descritto, si fissarono determinando quell'ascesso che aperto troppo tardi provocò la setticemia causa della morte.

Ma in quei tempi i pregiudizi, i riguardi per il personaggio, le ragioni politiche, l'ignoranza e la cocciutaggine di alcuni medici fecero la loro vittima.

Don Geremia Fiore prete simpatico e elegante e liberale in un ode dal titolo: *La fine di Ferdinando II* così descrisse la malattia del Re:

Un purulento cancro maledetto
Gli fa il diavolo a quattro entro a una coscia:
E rodendo, s'allarga, per diletto
Dall'anguinaglia alla panciaccia floscia:
Vi genera tumori, e ognor più cresce,
Che mentre un se ne taglia, un altro n'esce.

E rilevando la stranezza dei bollettini medici diceva:

E questo brulichio che tutto appuzza,
Disordine dai medici è chiamato
Nel bollettin, che stitico tagliuzza
Sue monche frasi in stile rabescato;
Se il fiuti, non ha nulla d'ippocratico
Ma è un gergo, anzi un ribobolo enigmatico.

Dott. TULLIO CECCHETELLI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Dispensari antitubercolari.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica, Divisione A. T., Sezione 1ª) ha diramato ai sigg. prefetti del Regno ed all'Alto Commissario di Napoli la seguente circolare in data 19 feb. 1928-VI:

Questo Ministero ha dovuto rilevare che il funzionamento dei dispensari antitubercolari, i quali debbono rappresentare una parte importantissima, anzi fondamentale, nel piano concreto della lotta contro la tubercolosi, non corrisponde in molti casi alla grandissima importanza del compito loro assegnato.

Infatti, assai di frequente il dispensario non viene inteso nella sua vera essenza di centro per la ricerca, l'accertamento precoce, l'assistenza e la educazione igienica del tubercoloso e della sua famiglia, e non esplica, perciò, che un'azione insufficiente od inadeguata, la quale riesce pressochè sterile agli effetti della difesa sociale contro la grave malattia.

Lo scarso o nullo rendimento dell'azione dispensariale in tali casi è da attribuirsi, sopratutto, al fatto che molte di tali istituzioni non sono, in realtà, che semplici consultori, talvolta per malattie in genere, spesso sprovvisti di mezzi e deficienti di locali, e tanto meno provvedono a svolgere quell'azione profilattica, assistenziale, educativa e sociale che deve rappresentare il loro prevalente indirizzo.

È necessario, adunque, che l'organismo dispensariale venga modificato o perfezionato là ove occorre, in modo che possa corrispondere effettivamente ai suoi compiti essenziali, che sono:

l'accertamento diagnostico, con particolare riguardo alle forme iniziali lievi, occulte di tubercolosi polmonare, ed identificazione dei predisposti (predisposizione individuale);

l'accertamento delle condizioni di vita dei malati nell'ambiente famigliare e di abituale soggiorno e di lavoro, tenendo presenti quelle che hanno importanza per la genesi e la diffusione della malattia. Identificazione dei conviventi, scovamento dei sospetti e degli ammalati, e loro attrazione nell'orbita dispensariale;

l'assistenza medico-sociale al malato ed alla sua famiglia, sia direttamente, sia promuovendola dalle varie istituzioni di beneficenza, ed avviamento dei predisposti e dei malati alle opere assistenziali di profilassi e di cura, secondo le varie condizioni di predisposizione e di malattia;

la educazione igienica e la propaganda, specie nei riguardi della prevenzione della malattia;

la tenuta aggiornata di uno « schedario » riferentesi alla zona d'influenza del dispensario, che riassuma i dati della morbilità individuale ed ambientale. Con gli elementi degli schedari dispensariali, si dovranno formare i casellari centrali dei Consorzi provinciali antitubercolari ed integrare i casellari ecografici degli Uffici municipali di igiene;

il collegamento del dispensario con tutti gli Enti, Uffici, ecc., che si occupano della tutela della salute pubblica e privata (amministrazioni comunali, assicurazioni sociali, istituzioni di beneficenza e di assistenza, ufficiali sanitari, medici condotti, medici scolastici, medici di fabbrica, ecc)., e interscambio di segnalazioni e di provvedimenti.

Da tale premessa consegue la necessità che i dispensari antitubercolari vengano posti nelle condizioni di poter disporre di locali idonei, di arredamento tecnico adeguato, di personale medico ed ausiliario specializzato, e di una organizzazione, facente centro nel Consorzio provinciale antitubercolare, coordinata con tutte le rimanenti opere assistenziali del territorio, le quali debbono riconoscere al dispensario la funzione di collaboratore prezioso e di organo tecnico per la lotta antitubercolare nel suo raggio di azione.

Anzitutto, è necessario che l'apertura e il funzionamento dei dispensari antitubercolari siano regolarmente autorizzati dai Prefetti a termini dell'articolo 13 della legge 23 giugno 1927, numero 1070, tenute presenti le disposizioni dell'articolo 84 del Regolamento generale sanitario approvato col Regio Decreto 3 febbraio 1901, numero 45.

Al quale proposito si fa presente che la sede dei dispensari dovrà essere lontana da strade rumorose o polverose (meglio se in mezzo a giardini) pur essendo di facile accesso per il genere di pubblico che lo frequenterà.

Locali. — Il dispensario ridotto alla sua più semplice espressione, deve comporsi di un ambiente di ingresso e di aspetto, di una stanza per la raccolta delle notizie riflettenti il malato e la inchiesta igienico-sanitaria sulle famiglie; di una stanza per la visita medica con annesso spogliatoio; di un'altra stanza per le ricerche batteriologiche e chimico-cliniche, di una camera per gli esami radiologici inoltre dei consueti servizi generali.

Questi locali dovranno avere come requisiti essenziali la possibilità di una ottima ventilazione; pareti e imposte bianche, levigate e facilmente lavabili, pavimento bene connesso, sputacchiere razionali, riscaldamento idoneo. Tutto l'insieme deve presentarsi al pubblico con note estetiche di proprietà e di decoro, indispensabili per istituti che si propongono, anzitutto, la educazione igienica dei loro frequentatori.

Arredamento tecnico. — Questo deve essere in relazione ai compiti del dispensario. Esso deve, pertanto, essere fornito del materiale necessario per una diagnosi precoce, e, cioè, di quanto oc-

corre per la ricerca semeiologica, radiologica, laringologica, batteriologica, serologica, secondo le esigenze tecniche ormai universalmente accettate.

Inoltre, il dispensario dovrà disporre di un adeguato corredo di schede, moduli, registri, rubriche, ecc., così da poter tenere aggiornato il lavoro della istituzione, sia nella sua parte clinica, che nella sua parte profilattica. Occorrerebbe, anche, che il dispensario potesse disporre di sputacchiere, di disinfettanti, di indumenti, letti, biancherie, da distribuire in uso per la profilassi domiciliare.

Infine, l'arredamento sarà completato da qualche materiale di propaganda e di educazione igienica, come pubblicazioni, diapositive, pellicole cinematografiche, ecc.

Rete dispensariale. — I dispensari devono essere istituiti, oltre che nel capoluogo della provincia, là dove esigenze profilattiche lo richiedano, tenendo conto della popolazione, della facilità delle comunicazioni, della diffusione della malattia e della maggiore o minore intensità di tutto quel complesso di cause predisponenti che si svolgono dai fattori economici e sociali.

Poichè la tubercolosi flagella non soltanto i grossi agglomerati urbani, ma si diffonde con intensità anche nei centri minori e nella popolazione rurale, disseminata nei piccoli paesi e nei villaggi, talvolta assai distanti dai centri maggiori, si impone la necessità che l'azione dispensariale giunga e penetri con la sua benefica influenza anche nelle campagne.

Pertanto, occorre organizzare *dispensari mobili*, come emanazione ed irradiazione dei dispensari fissi, e che, pur conservando le caratteristiche essenziali di funzionamento sopradescritto, debbono poter facilmente spostarsi e giungere, in giorni determinati, nei centri minori, nelle località rurali, o laddove vi siano agglomerazioni temporanee di operai, per procedere alla ricerca ed all'accertamento clinico dei malati, alla somministrazione di materiale profilattico, ed alla attiva propaganda per la lotta antitubercolare.

Praticamente, possono servire all'uopo piccole autoambulanze fornite del fabbisogno per l'esame clinico-radiologico, e recanti quanto può occorrere per la profilassi e la propaganda.

L'azione del dispensario deve poi giovarsi dell'opera che, in maniera preziosa, viene svolta continuamente dai medici locali, i quali conoscono e seguono nella loro anamnesi persone e famiglie, e possono facilmente vincere i pregiudizi della popolazione in mezzo alla quale esercitano ed avviarla all'opera benefica del dispensario, il quale potrà così assai più facilmente conseguire gli scopi che si prefigge.

Opere integratrici del dispensario. — Nei centri popolosi il dispensario può venire integrato con stazioni elioterapiche, verande di riposo, colonie diurne, ecc.

Trattasi di integrazioni consigliate da esigenze clinico-profilattiche, specialmente rivolte a bambini gracili, organicamente predisposti, viventi in abitazioni malsane, insufficientemente nutriti, ai quali può offrirsi il vantaggio di una temporanea dimora diurna in ambienti igienicamente idonei ed il conforto di una sana refezione, oltre al beneficio morale di un buon governo igienico, del quale resterà negli animi infantili indelebile traccia.

Oltre a ciò, tali opere integrative permettono un allacciamento quasi permanente con le famiglie, in modo da rinsaldare i rapporti tra il dispensario e le famiglie stesse, facilitando in mezzo a queste l'attuazione delle norme igieniche.

Personale medico. — Il personale medico addetto al dispensario antitubercolare deve rispondere a quegli indispensabili requisiti di competenza speciale e di perizia tecnica, che possono solo ottenersi in seguito ad una adatta preparazione teorico-pratica, la quale è assolutamente necessaria, sia per l'accertamento diagnostico precoce, sia per gli altri problemi annessi alla profilassi ed alla assistenza medico-sociale della malattia di cui trattasi.

È appunto in base al criterio che il dispensario debba essere affidato unicamente a sanitari competenti, che questo Ministero, mentre intende agevolare la istruzione specializzata dei medici nelle discipline attinenti alla lotta antitubercolare, ha prescritto, con lo Statuto modello per i Consorzi provinciali antitubercolari (art. 4), che debba darsi sempre la preferenza ai medici che abbiano titoli dimostranti la specifica competenza in tisiologia, onde la necessità che ai posti di medico addetto ai dispensari antitubercolari si acceda di regola soltanto in seguito a pubblico concorso.

Per rendere possibile anche ai dispensari minori il servizio con personale specializzato, ad essi potrà provvedersi mediante l'invio in giorni prestabiliti di medici dei dispensari principali.

Assistente sanitaria visitatrice. — Il regolamento approvato con R. D. 15 aprile 1926, numero 718, prescrive, all'articolo 143, che ogni dispensario antitubercolare debba disporre di una o più assistenti visitatrici che si occupino anche della profilassi antitubercolare dell'infanzia.

L'assistente sanitaria, opportunamente preparata nelle Scuole specializzate di cui al R. D. Legge 15 agosto 1925, n. 1832, effettivamente rappresenta un elemento del tutto indispensabile per il regolare svolgimento delle varie funzioni dispensariali.

Durante la visita domiciliare essa porta la parola del conforto e l'aiuto a sollievo del malato, fa opera di persuasione per farlo entrare nei luoghi di cura se necessario, lo istruisce e lo educa a praticare le norme di profilassi immediata per la preservazione dal contagio delle persone conviventi, si rende conto dello stato di insalubrità della casa, indaga sulle condizioni di lavoro del malato, irradia intorno a sè con delicato senso di opportunità quell'azione di propaganda spicciola che è la più potente e la più sicura per ottenere frutti insperati nell'ambiente famigliare.

Della sua attività quotidiana l'assistente sanitaria visitatrice registra su appositi moduli tutto quanto può servire per promuovere quei provvedimenti che i risultati delle indagini fatte potranno consigliare.

Regolamento interno. — Finalmente ogni dispensario deve avere, a termini dell'articolo 87 del citato Regolamento generale sanitario, un proprio regolamento sul servizio igienico-sanitario che raduni in una visione di insieme il fine e i mezzi della istituzione, determinandone in modo esatto i dettagli di funzionamento ed i rapporti con tutte le opere affini.

Orari. — Questi si stabiliranno secondo la importanza del dispensario e della sua frequentazione. Sono da consigliare anche orari festivi e serali per facilitare l'accesso alle persone che vanno al lavoro, e giorni speciali per le visite ai bambini.

Collegamento con gli Uffici municipali di igiene. — È indispensabile che i dispensari antitubercolari si mantengano in stretto rapporto con gli Uffici municipali di igiene per i provvedimenti di cui agli articoli 160 e 161 del già citato Regolamento generale sanitario, e, cioè, la gratuita disinfezione delle abitazioni, delle biancherie, degli effetti letterecci e personali nei casi di tubercolosi verificatisi nelle collettività, nelle latterie e vaccherie, e dovunque, in seguito al cambiamento di alloggio dell'infermo o alla sua morte, e, per quanto riguarda le condizioni di abitabilità delle case riconosciute pericolose dal punto di vista igienico-sanitario, per i provvedimenti indicati nell'articolo 71 del T. U. 1° agosto 1907, n. 636, delle Leggi Sanitarie.

Dipendenza dei dispensari dal Consorzio provinciale antitubercolare. — I dispensari devono, naturalmente, fare capo al Consorzio provinciale antitubercolare, al quale la legge 23 giugno 1927, n. 1276, ha dato la effettiva funzione di centri periferici di organizzazione antitubercolare, stabilendo, fra l'altro, che ad essi spetta di imprimere unità coordinata di indirizzo, di metodo e di azione nella lotta antitubercolare in confronto di tutti gli altri enti che, nell'ambito della provincia, esercitano azione antitubercolare.

Il dispensario come centro di studio. — I dispensari antitubercolari, che eccellono per importanza e complessità della loro funzione profilattico-assistenziale nelle sue varie estrinsecazioni, possono costituire uno dei luoghi più idonei per la attuazione di tirocini pratici di istruzione e di addestramento, non soltanto per le assistenti sanitarie visitatrici, ma anche per i medici che intendano specializzarsi nella lotta antitubercolare, e, più particolarmente, nella pratica dispensariale.

La utilizzazione dei migliori e più efficienti dispensari antitubercolari per la preparazione del personale medico e assistente, mediante la istituzione presso di essi di posti di istruzione e di addestramento pratico, rappresenta un'altra funzione della più alta importanza, a cui può essere chiamato il dispensario antitubercolare.

Così tracciato succintamente il quadro della organizzazione e del funzionamento del dispensario antitubercolare, i Consorzi provinciali antitubercolari, ai quali la legge 23 giugno 1927, numero 1276, dà anche l'importante compito di coordinare, disciplinare ed integrare il funzionamento di tutte le opere esistenti nella Provincia per la lotta contro la tubercolosi, dovranno provvedere senz'altro alla accurata revisione dei dispensari antitubercolari, in modo da completarne il numero ove siano in difetto, modificando e migliorando la loro azione ove occorra, ed agevolandone il funzionamento secondo le suesposte direttive, in modo da renderli pari al loro compito ed idonei ad espletare la importantissima opera, a cui saranno chiamati per la prossima pratica attuazione del R. D. legge 27 ottobre 1927, numero 2055, sulla assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, e che dovrà avere in una buona organizzazione dispensariale uno dei capisaldi della sua benefica azione.

* * *

Nel fare pieno affidamento sull'interessamento delle EE. LL. e dei Consorzi provinciali antitubercolari nei riguardi della necessità di provvedere nei sensi suesposti, si resta in attesa di un sollecito riscontro che assicuri della azione pratica che a tale fine sarà svolta in codesta Provincia.

Pel Ministro: SUARDO.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia.

È aperto il tesseramento per il 1928, presso gli Uffici del Sindacato in Via dei Lucchesi, 31.

La quota da versarsi è di L. 10 per la tessera e il distintivo e L. 18 quale contributo suppletivo per il primo semestre 1928.

Si invitano tutti i sanitari iscritti al Sindacato a regolarizzare la loro posizione entro il 31 marzo corrente.

Gli Stomatoiatri nel Sindacato Medici di Trieste.

In Trieste, nella sede della Biblioteca dell'Ospedale Regina Elena, si è costituito in seno al Sindacato provinciale fascista medici, il gruppo stomatojatri.

Il segretario di detto gruppo, primario dott. Grandi, dopo aver salutato l'assemblea diresse al segretario provinciale del Sindacato fascista medici dott. Carlo Alberto Lang il suo vivo ringraziamento per l'opera altamente collegiale, svolta a favore della classe stomatologica, assicurando che il gruppo neo-costituito vorrà e saprà collaborare in stretta colleganza e fattiva operosità alle direttive delle supreme gerarchie.

Indi il segretario dott. Lang spiegò la necessità della creazione di questo gruppo in ottemperanza alle disposizioni centrali e alla importanza e alla dignità a cui assurge la stomatojatria, branca ormai indispensabile della medicina. Detto gruppo dovrà in fraterna collaborazione con gli altri gruppi d'Italia portare il contributo

scientifico e morale a quanto è oggetto di prevenzione e d'igiene sociale per cui, sia per il numero dei costituiti come per la guida del gruppo, egli si augura che questo sarà, per il contributo di tutti gli iscritti, efficiente e fattivo.

Uffici di collocamento per medici.

Uno ne ha aperto il Sindacato medico fascista di Siena e provincia (via dei Lucchesi, 31); uno fu aperto a Firenze (via dei Benci, 8); un altro si è costituito ad Aquila (piazza del Duomo, palazzo Betti).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALBA (*Cuneo*). — Uff. san.; scad. 10 apr.; L. 7000; titoli ed esami; è consentito l'eserc. della profess.; rivolgersi R. Prefettura di Cuneo.

ALBAIRATE (*Milano*). — Al 31 mar.; L. 11,200 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3500 trasp., L. 700 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15; docum. a 3 mesi dal 1° mar.

ALBANO LAZIALE (*Roma*). — Scad. 30 apr.; uff. san. con Genzano e Ariccia; L. 12,000 e 5 quadrienni dec., L. 500 indenn. missione ogni Comune aggregato al Capo consorzio; trasp.; divieto eserc. profess.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,20. Rivolgersi R. Prefettura di Roma.

AMELIA (*Terni*). — Scad. 20 apr.; 2 cond.; lire 8000, oltre L. 600 serv. att., c.-v., 5 sessenni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

BASCHI (*Perugia*). — A tutto 30 apr.; capoluogo; L. 9000 per 1000 pov. e addizionale L. 2; sei sessenni dec.; L. 600 serv. att.; c.-v.; L. 500 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 10 mar.

BAGNO DI ROMAGNA (*Forlì*). — Scad. 30 apr.; 2 cond.; L. 11,000 e 10 bienni ventes., L. 4000 cavalc., età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

CARMIGNANO (*Firenze*). — Al 15 apr.; per Comeana; L. 8500 oltre L. 3000 (rivedib.), trasp., 8 trienni dec.; tassa L. 50,10; serv. entro 15 gg.

CARINI (*Palermo*). — L. 7700, senza indennità, tranne le trasferte; 5 quinquenni; addizion. L. 3 ogni povero oltre i 1000; titoli ed esami; scad. 15 apr.

CARPI (*Modena*). — A tutto 15 apr.; 2ª cond. rur. 2 frazioni pianura; ab. 4032; pov. 487; L. 9000 più L. 2500 cavallo o automob., L. 600 ambulat., L. 930 indenn. supplement., c.-v., dieci bienni ventes.; ricostruz. carriera; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15; docum. a 3 mesi dal 24 feb.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — A tutto 31 mar., 3ª cond. (fraz. Vivo d'Orcia); ab. 1099; L. 9500 oltre L. 1520 se coniugato, L. 840 se celibe; 6 quadrienni dec.; riconoscim. 2 quadrienni serv. prest. preced.; mezzo trasp. L. 3500; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15; doc. a 6 mesi dal 1° mar.

COSENZA. *R. Prefettura*. — Uff. sanitari per S. Giovanni in Fiore, consor. Verbicaro e consor. Grimaldi; titoli ed esami; tassa L. 50,20; scad. 28 apr.

COLICO (*Como*). — Al 31 mar.; L. 8700 per 400 pov. su 3967 ab.; addizion. L. 5; se uff. san. L. 1100; trasp. L. 3500; ambulat. L. 500 se in casa del medico; 4 quinquenni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

FOGGIA. *Amministraz. Provinc.* — Al 30 apr., ore 12, direttore della Sez. Medico-micrograf. nel Laborat. Provinc. d'igiene e profilassi; stip. lire 14,000 e indenn. serv. att. L. 1500; due assistenti, nella Sez. suddetta e nella Sez. chimica; stip. lire 9000 e indenn. serv. att. L. 1350; c.-v. per tutti. Titoli ed esami. Sono anche disponibili 1 posto di applicato registratore, 2 di preparatori e 3 di vigili sanitari. Rivolgersi alla Segreteria.

GINESTRETO (*Pesaro*). — Scad. 17 apr.; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 200 (*sic*) uff. san., L. 3000 cav., addizion. L. 2 oltre 500 pov., L. 3 oltre 1000, c.-v.; tassa L. 50,15.

MAZZARINO (*Caltanissetta*). — *Congregaz. di Carità*. — Chirurgo direttore dell'Ospedale Civile S. Stefano. Proroga 31 mar. Rivolgersi al Commissario Prefettizio.

NAPOLI. *Municipio* (IX Divisione). — Secondo coadiutore e medico assistente al Laboratorio medico-micrografico e 3 chimici assistenti al Labor. chimico; titoli ed esami; L. 8000 pel 1° posto, L. 6500 per gli altri, c.-v., 10 % proventi, due decimi quinquennali; tassa L. 50,10. Chied. avviso. Scad. ore 17 del 25 apr. Docum. alla Segreteria della Direzione d'Igiene, Palazzo S. Giacomo, Piazza del Municipio.

NUORO. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. med.-microgr.; stip. L. 15,000, indenn. serv. att. L. 3000. Assistente detta; L. 12,000 e L. 2000. Coadiutore Sez. chim.; L. 14,000 e lire 2000. Scad. ore 18 del 30 apr.

POLLINA (*Palermo*). — Proroga 31 marzo.

PRESENZANO (*Napoli*). — L. 8000 e 5 quadrienni dec.; scad. 15 apr.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

RAVENNA. *R. Prefettura*. — Uff. san. capoluogo; proroga 30 mar.

REGGIO CAL. *Amministr. Provinc.* — Direttore e due assistenti per la Sezione med.-microgr.; detti per la Sez. chim.; stip. L. 13,700 aumentabile a 16,000 e L. 11,600 aumentab. a 13,700, oltre L. 3500 e 2800 serv. att. Rivolgersi Segreteria.

REVIGLIASCO (*Torino*). — Scad. 15 apr. Rivolgersi Segret. com.

ROBELLA (*Alessandria*). — Consorzio; L. 10,000; scad. 15 apr.

ROMA. *Ministero della Marina*. — Tredici tenenti medici in servizio permanente nel Corpo sanitario militare marittimo; scad. 20 apr.; vedi fasc. 8.

SANTHIÀ (*Vercelli*). — A tutto il giorno 15 maggio 1928 è aperto il concorso per titoli ed esami al posto d'ufficiale sanitario di questo Comune, con lo stipendio di L. 16,000 lorde, suscettibile di 10 aumenti biennali di un ventesimo cadauno, oltre al caro-viveri nella misura corrisposta agli altri dipendenti del Comune. Domande e titoli

vanno presentate alla R. Prefettura di Vercelli cui occorrerà pure rivolgersi per schiarimenti e programmi circa concorso. Tassa concorso L. 50,10 da pagarsi al Tesoriere di questo Comune.

S. CANDIDO (*Bolzano*). — Scad. 31 mar. Chiedere bando.

SAN DONÀ DI PIAVE (*Venezia*). — Uff. san.; scad. 31 mar.; v. fasc. 9.

SERRACAPRIOLA (*Foggia*). — Scad. 29 mar.; lire 9000 e c.-v. Limite età a. 35. Chiedere avviso.

SORESINA (*Cremona*). — Scad. 12 apr.; L. 10,500 e aumenti fino al 50 % in 20 anni; addizion. lire 2000 primo migliaio, L. 2 ciascuno oltre; c.-v.; L. 1500 trasp.; tassa L. 50,15.

VERONA. *Commissione Reale per la Provincia.* — Direttore della Sez. medico-micrografica dei Laboratori provinciali; proroga al 31 mar., ore 16. Titoli. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria generale della Provincia.

VOLTA MANTOVANA (*Mantova*). — Scad. 10 apr.; 1ª cond.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre lire 1200 osped., c.-v., L. 2500 cav. o autom.; tassa L. 50,10.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Per voto unanime della Facoltà Medico-chirurgica di Genova, il prof. Arturo Morselli è stato incaricato della direzione della Clinica Neuropsichiatrica in sostituzione del suo illustre Genitore, il quale ha lasciato l'insegnamento per avere toccato i limiti d'età.

Il dott. Giovanni Falcone ha conseguito presso la R. Università di Napoli, la libera docenza in Medicina operatoria, a pieni voti, riscuotendo il plauso della Commissione. Rallegramenti.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Tripoli.

A proposito del Convegno Climatologico dei clinici d'Italia a Tripoli.

Note di climatologia, patologia e assistenza sanitaria.

In seno alla riunione tenutasi il 3 corr. marzo, nel salone del Municipio di Tripoli, qualcuno dei clinici delle Università d'Italia, qui convenuti, aveva fatto qualche rilievo circa il valore di alcune delle cifre riportate dal conferenziere prof. Onorato. Si trattava di cifre isolate, a tipo di medie mensili e annuali, elementi preziosi per la determinazione della climatologia regionale, ma che un giusto senso di opportunità scientifica non poteva far ritenere, alla mente del prof. Valenti e del prof. Zagari, come esaurienti in modo assoluto, sì da dichiarare Tripoli « Stazione climatica e talassoterapica ».

Alle dichiarazioni da me, in questa occasione, subito fatte, e che ebbero l'onore di essere accolte dal prof. Alessandri, come buon elemento a vantaggio della climatologia tripolitana, desidero, oggi, aggiungere altri dati di carattere più generale, e che potranno servire a migliorare la comprensione delle qualità climatologiche di Tripoli.

Sotto il punto di vista metereologico la Tripolitania appartiene ai climi caldi: essa, infatti, come il Marocco, l'Algeria, la Tunisia e l'Egitto, è compresa fra la linea isoterma + 15° e + 25°.

Gli esploratori e i viaggiatori hanno spesso dato, sulla Tripolitania, notizie abbastanza esatte. Uno dei meno lontani da noi, ad es., Marc Fournel, che non può essere tacciato di speciali tenerezze al riguardo, così scrive (Challamel, editore, Paris, 1887): « Nous n'apprendrons rien à personne en racontant que la Tripolitaine est un pays chaud, et même très chaud..... Naturellement, en ce pays comme ailleurs, la température est plus ou moins supportable suivant, que le sol est plus ou moins ombragé et arrosé. *Très acceptable en réalité dans les oasis*, à la condition qu'on n'y mène pas la vie d'Europe, mais l'existence calme et tranquille de l'Orient... ».

Nel 1922 C. Muzio, in base ad elementi raccolti dai vari autori, così si esprime: « A titolo generale premettiamo che il clima della nostra nuova Colonia Libica (Tripolitania e Cirenaica), è sanissimo..... Il barometro soffre oscillazioni sensibili con estremi nella regione invernale (per l'azione dei venti del Nord), mentre tali oscillazioni sono molto limitate in estate.... Vi ha una stagione fresca da novembre a giugno, ed una calda da luglio ad ottobre.... Le oscillazioni termometriche nella stagione fresca vanno da 5 a 28 gradi C., e nella calda da 15° a 34° non tenendo calcolo delle alte e straordinarie segnate nei periodi di *ghibli* secco e bruciante defluente dal Sahara... ».

Come si vede gli uffici di metereologia si contentano in generale, di dare cifre di medie mensili e annuali; ma non è dalla loro semplice enunciazione, per così dire, astratta, che ci si potrà fare un'idea esatta della climatologia di un luogo. Basta, a capirlo, l'esempio enunciato da Roster: « Bordeaux e Washington hanno ambedue una media termica annua di 12°,7; ma il clima nei due paesi, è ben diverso, perchè la differenza fra il mese più caldo e il mese più freddo è di soli 15 gradi a Bordeaux, ed è, invece, di 24°,2 a Washington ». Così potremmo far osservare che la media giornaliera di 19° può essere la risultante di una temperatura minima di 10 e massima di 28, come di una minima di 18 e massima di 20. È facile, però, capire che dal punto di vista clima le cose non sono davvero le stesse, specie se lo stato igrometrico resta, ad es., egualmente di 60 o più gradi, e se le condizioni del movimento d'aria rimangono costanti.

Nei riguardi della Tripolitania le osservazioni più recenti del Fàntoli si avvicinano maggiormente alla determinazione di quel complesso coordinato di dati che costituiscono gli elementi della nota climatologica di una regione, quali le oscil-

lazioni della temperatura, della pressione barometrica, dello stato igrometrico, del movimento dell'aria, della luminosità, della tensione elettrica, ecc., e ciò nei *diversi istanti stessi di una stessa giornata*. Ciò è già molto, ma non basta. Infatti tutto questo può rappresentare, in certo modo, come il crogiuolo cosmico entro il quale deve svolgersi la vita indipendentemente dalle reazioni emanantesi nei diversi organismi.

Per noi medici la climatologia va intesa come la risultante dei fenomeni dovuti all'azione del sole, dello stato d'umidità atmosferica, della precipitazione meteorica, della forza dei venti in unione alle influenze determinate dalla vicinanza del mare, dei corsi d'acqua, della vegetazione arborea, nonchè alla possibilità di accomodamento dell'individuo in riguardo alla abitazione, alla alimentazione, alla viabilità, alla possibilità dello svago, a tutto ciò, insomma, che costituisce la forza fisica dell'ambiente in rapporto alla possibilità di estrinsecazione della vita e della volontà dell'uomo, uomo di dominio e non tutto di immobilità soggettiva.

Concepita così la climatologia della Tripolitania non ha potuto avere ancora tutta la sua completa determinazione; ma dalla esperienza del passato storico, dal passato recente e dal presente, noi possiamo già affermare, in linea generale, che essa è quella di una regione *dominabile* e di *pieno sfruttamento* almeno per la vastissima regione compresa dalle zone montagnose del Gebel al suo littorale.

*
* *

Patologia. — Le poche conoscenze sulle malattie dominanti in Tripolitania avevano condotto, prima e poco dopo la nostra occupazione, ad uno stato di perplessità sanitaria, spiegabile con la nozione della sua qualità di terra africana.

In definitiva abbiamo dovuto convincerci, coi fatti alla mano, che la patologia ordinaria risponde a quella delle contrade meridionali d'Italia, e che nei riguardi delle malattie più proprie alla Tripolitania, come la febbre ondulante, la leishmaniosi, il pian, la febbre ricorrente, ecc., queste non rappresentano che un interesse medico di scarsa importanza pratica.

Nei riguardi delle malattie epidemico-contagiose, quali il colera, la peste e il tifo petecchiale, fin dal 1911 i nostri servizi sanitari hanno saputo rapidamente dominarle, nonostante le difficoltà d'ambiente, dei numerosi approdi della costa e dei larghi tentacoli provenienti dalla estesissima zona del retroterra. Sotto questo punto di vista potremmo affermare che già da qualche anno la Tripolitania è stata più fortunata della vicina Tunisia. Da tempo non si è avuto tifo petecchiale. Nei riguardi della peste bubbonica noi abbiamo avuto negli anni 1926 e 1927, appena due piccoli episodi epidemici, distanti da Tripoli, con una quarantina di casi, subito domati, mentre in Tunisia, nello stesso periodo di tempo, i casi sono stati circa 800, ossia 300 nel circondario civile di Sfax, 300 in quello di Fairuan, e 200 in quello di Susa (*Revue Tunisienne des Sciences Médicales*, Tunisi, gennaio 1928).

Di buon augurio è, inoltre, il fatto che le popolazioni indigene vanno sempre più comprendendo la importanza dell'opera del medico, e nessuno, ormai, osa più porre in dubbio la grandissima importanza delle misure profilattiche, rigorosamente applicate in questi casi.

Nei riguardi del vaiuolo l'affluenza alla vaccinazione è delle più notevoli: a Tripoli il servizio municipale d'igiene spiega un intenso e regolare lavoro di vaccinazione e rivaccinazioni: in qualche annata non si è avuto neppur un solo caso di decesso.

La popolazione italiana ed israelita è in aumento: nel triennio 1925-1928 circa 4000 italiani in più (compreso qualche nuovo venuto) e oltre 1000 israeliti in più:

	1925	1928 (15 feb.)
Popolazione italiana . . .	9,921	14,062
Popolazione israelita . . .	12,170	13,148
Popolazione mussulmana .	27,845	27,800

L'indice di natalità e mortalità generale è, quindi, buono. Per quanto riguarda la popolazione metropolitana (comprendendovi i 3062 stranieri), la più facile al controllo, dal 1923 al 1927 la mortalità media è stata di 14 circa per mille.

Se si considera che il quoziente di mortalità generale nel Regno è stato, nel 1925, di 16,58 per mille abitanti, noi abbiamo che a Tripoli la mortalità è stata alquanto inferiore a quella della madre patria.

Questo vantaggio, per la Tripolitania, sarà anche più risentito quando, per le opportune provvidenze, si sarà potuto ridurre la mortalità infantile, la quale è stata, per i bimbi sotto i 5 anni, spesso superiore al 50 % della mortalità generale.

*
* *

Non è possibile che gli illustri clinici, in quattro giorni di permanenza fra noi, possano, con convincimento diretto dare il loro giudizio sul clima di Tripoli: quattro giorni, siano essi buoni o cattivi, sono troppo poca cosa per le note climatologiche di un periodo di tempo di circa 5 mesi.

Ma riserbandomi in un altro breve articolo trattare dell'assistenza sanitaria alla valorizzazione agricola della Tripolitania, che possiamo affermare di avvenire sicuro, mi sembra intanto che si possa venire ad alcune utili conclusioni:

1) L'idea dell'utilizzazione di Tripoli, come stazione climatica, in questi due anni intensamente perseguita dal governo locale, non deve essere giudicata come fenomeno d'improvvisazione climatologica opportunistica.

G. Ayra, che aveva installato il primo osservatorio metereologico a Tripoli nell'aprile 1892, ossia 36 anni fa, già nel 1896 metteva in evidenza le buone condizioni metereologiche di Tri-

poli. Nei quattro anni, 1893-1896, egli ebbe, infatti, a notare una media annua di:

giorni 6 con minima sotto i 5 gradi C.
» 55 » » fra i 5 e 10 gradi
» 91 » » fra i 10 e 15 gradi

Sono dunque 152 giornate di buona temperaturatura che si possono godere nel periodo invernale, eccetto, naturalmente, qualche temperatura notturna più bassa e che però non può contrariare la temperatura del giorno.

Dopo la mia venuta in colonia, fin dai primi mesi del 1912, io mi ero interessato delle condizioni ambientali di Tripoli, specie in riguardo alle possibilità di lavoro dei nostri connazionali (*Il Lavoro in Tripolitania*. L'Avvenire Sanitario, Milano).

Più tardi, dopo circa 5 anni di osservazioni dirette, in un articolo sul clima di Tripoli, pubblicato in « L'Idrologia, la Climatologia e la Terapia fisica », 15 agosto 1927, Firenze, io così mi esprimevo: « ... ma ben pochi sanno che in questo periodo di tempo (dal novembre all'aprile) si può vivere a Tripoli molto meglio che in parecchie contrade della stessa madre patria. Questo può significare, in altre parole, che Tripoli *potrebbe offrire qualche caratteristica di stazione climatica invernale* ».

Dal 1917 in qua le osservazioni dirette mi hanno condotto a confermare quanto scrissi oltre 10 anni prima: solo potrei aggiungere, in rapporto al concetto da me espresso sulla climatologia, che le condizioni si sono andate completando, in quanto dipendeva dall'opera umana sotto forma di abbellimento cittadino, alberghi, vegetazione arborea, prodotti della terra, teatri, società di giuochi, ecc.

Ultimamente i quaranta sanitari della Università d'Italia, nel loro ordine del giorno hanno fatto voto perchè « *siano completati i dati raccolti dal R. Ufficio Metereologico locale colle altre osservazioni più squisitamente mediche dedotte dalla lunga e serena esperienza dei medici locali* ».

Non fu possibile offrire maggiori dettagli agli illustri sanitari qui convenuti, perchè a questa riunione nessuno dei medici locali era stato interessato. E sarebbe, intanto, mancato il motivo di formulare detto voto, se la scarsa comprensione, da parte del Commissario al Municipio, sul valore di questi dati stessi, non avesse impedito ai colleghi di Tripoli, di portare in seno alla discussione il contributo della loro diretta osservazione.

2) Le condizioni sanitarie della Tripolitania offrono ragione di grande tranquillità. Esse sono abitualmente buone, e in ogni caso Tripoli dispone di un'organizzazione abilmente attrezzata contro eventuali minacce d'incursioni morbose.

In via generale si potrebbe anche affermare che qui si muore meno che in molti altri paesi della stessa Europa.

Nei riguardi della mortalità distinta per mesi, si ha, inoltre, che il numero dei decessi è ridotto al minimo nei mesi da novembre ad aprile. Questa circostanza non può essere che favorevole per la residenza invernale.

Emerge, così, preciso il concetto che tanto dal punto di vista metereologico-climatologico, che sotto i riguardi delle condizioni sanitarie e della vegetazione agricola, Tripoli si presenta come avente legittimo il diritto ad entrare nel numero delle consorelle nord-africane come *stazione climatica invernale*.

Ecco quanto gli illustri nostri sanitari d'Italia possono dire al ritorno nelle loro sedi. E non debbono stancarsi di affermarlo, come pure potranno affermare che noi sapremo andare avanti con quel ritmo che la dirittura e l'acuto senso di intuizione, la forza dell'animo e l'audacia del diritto, hanno fatto, con Mussolini, l'Italia Nuova.

Tripoli, marzo 1928.

Dott. D. MAZZOLANI.

Pubblichiamo volentieri questo articolo del dott. Mazzolani così ben documentato con dati precisi di metereologia e di patologia, perchè completa quanto è già stato portato a conoscenza del pubblico nel recente convegno di professori delle Facoltà medico-chirurgiche d'Italia a Tripoli, in cui specialmente dal prof. Onorato e dal dott. Mazzolani stesso, da lunghi anni residenti a Tripoli, vennero esposte chiaramente e particolareggiatamente le condizioni climatologiche ed epidemiologiche di Tripoli, in confronto con quelle di altre località nord-africane, già da tempo note e assai frequentate come stazioni climatiche specialmente invernali. Le medie riferite per Nicosia, Famagosta, Tunisi, Algeri, Candia, Limassol e anche colle stazioni egiziane più celebrate come Cairo, Alessandria, Kartoum, ecc., permettono di affermare che Tripoli non è certamente al di sotto delle condizioni climatologiche di queste località, e per alcuni dati e per alcune di esse è nettamente superiore.

Al convegno, promosso dal Governatorato della Tripolitania e dal Ministero delle Colonie, per mezzo del Consorzio Nazionale delle Stazioni di Cura, Soggiorno e Turismo, e per esso del gr. uff. Rebucci e del dott. Magnani, presero parte numerosi titolari di cattedre e liberi docenti; fra essi ricordiamo i proff. Pepere, Alfieri, Valenti, Pasini, Calamida, Cesa-Bianchi, Perussia, Baslini, Majocchi e Armanini di Milano, Flarer, Casazza e Redaelli di Pavia, Alzona e Cavina di Bologna, Bufalini E. e Guerra Coppioli di Firenze, Duranti e Bufalini M. di Pisa, Alessandri, Dalla Vedova, Perez, Meldolesi Gastone e Gino di Roma, Zagari, Marfori, Bottazzi, Angelucci, Quagliariello, Castronuovo di Napoli, Giuffrè, Soli, Lodato e Amato di Palermo, Citelli e Vernoni di Catania.

Nei quattro giorni di permanenza a Tripoli, troppo brevi certamente per poter formulare un giudizio preciso, come ben osserva il dott. Mazzolani, sulle condizioni climatiche e sanitarie della Tripolitania, i convenuti poterono però, per opera del Governatorato, farsi un'idea abbastanza

completa della regione, avendo potuto visitare nella gita a Sabratha una buona parte della costa occidentale, da Gargaresch a Zanzur, a Zauia e ad Agilah; in quella al Gebel Garian, traversando gran parte della Gefara, per Azizia sino all'altipiano, a Casr Garian ed a Teghrinna, e constatando così « de visu » il fervido lavoro delle concessioni agricole, la trasformazione della steppa in terreni coltivati, e l'interessantissima arginatura delle dune mobili che vanno diventando zone di vegetazione arborea, e ammirando sull'altipiano la lussureggiante ricchezza di olivi, di fichi e di altre culture arboree che ricordano l'Italia, favorite dal clima mite temperato proprio della regione.

E infine traversando un gran tratto della costa orientale, da Tagiura per Casr Carabulli sino ad Homs e alle grandiose e veramente impressionanti rovine di Leptis magna o più correttamente Lepcis che costituiscono già e costituiranno sempre più un richiamo di altissimo interesse non solo per gli archeologi ma per tutti i vitatori di anche media cultura.

Dopo queste gite, che pur rapide permisero sotto la guida di appositi incaricati dell'ufficio speciale del Governatorato di acquistare nozioni esatte dei progressi agricoli compiuti e in via di sviluppo, e delle condizioni attuali e della possibilità di valorizzazione di Tripoli e delle zone adiacenti, si svolse il convegno coi rappresentanti della città e del Governatorato e coi sanitarî locali. L'ordine del giorno votato all'unanimità che riconosce l'opportunità di fare di Tripoli una stazione climatica specialmente invernale, poggiandosi sui dati meteorologici e igienici comunicati, sulle condizioni favorevoli del porto e della città e delle zone adiacenti, sulle pittoresche oasi che la circondano, sullo sviluppo edilizio e sanitario di Tripoli, iniziato splendidamente da S. E. Volpi e continuato con intenso fervore da S. E. De Bono, sull'avvenire ormai sicuro e rapido della valorizzazione agricola e della coltivazione e risanamento delle vaste zone steppiche e dunose, afferma la convinzione dei professori delle Facoltà medico-chirurgiche italiane della possibilità di raggiungere rapidamente uno sviluppo tale della città e del territorio di Tripoli, colle provvidenze igieniche ed edilizie necessarie, che esso potrà sotto tutti gli aspetti favorevolmente competere colle altre stazioni climatiche del Mediterraneo più antiche e per ora più frequentate.

Da ricordare anche il simpatico gesto dei convenuti che iniziarono una sottoscrizione di azioni per ottenere una concessione agricola, cui potranno accedere tutti i medici italiani, e che sarà specialmente adibita alla coltivazione di piante medicinali.

R. ALESSANDRI.

Da Pistoia.

Accademia Medico-Fisica.

Il giorno 20 febbraio in una sala del vetusto Palazzo Comunale, onorati dalla rappresentanza di S. E. il Prefetto e del Podestà, si riunivano i Medici della nuova Provincia di Pistoia, in seguito ad iniziativa di alcuni distinti Medici Pistoiesi, allo scopo di dar vita ad un'Accademia Medico-Fisica.

Il dott. Vittorio Bacci del Comitato promotore illustrò gli alti scopi ideali dell'istituzione e la sua importanza per la cultura e l'affratellamento dei Medici.

Il prof. Cantieri, direttore dei RR. Spedali Riuniti, insistendo sull'argomento rilevò inoltre tutto il grande valore dell'Ospedale, come casa del Medico, come centro di studio ed esempio di correttezza e di onestà e rilevò quali debbono essere i concetti moderni di studio e di ospitalizzazione degli infermi.

Il comm. dott. Alberto Chiappelli in una dotta conferenza illustrò la biografia degli antichi Medici Pistoiesi e della Val di Nievole.

Così, con entusiasmo e con fervore di opere, si apprestano i Medici alla valorizzazione della nuova Provincia di Pistoia che il Duce volle e reintegrò di recente negli antichi confini.

Dott. VITTORIO BACCI.

Da Firenze.

Alla Scuola di Applicazione di Sanità Militare.

« Meteorologia e Medicina » è stato il tema di un'interessante conferenza che il P. Guido Alfani, Scolopio, ha tenuta il giorno 8 c. m. alla Scuola di Sanità Militare. L'argomento, di notevole importanza scientifica e pratica, è stato ampiamente svolto dal conferenziere che ha ricordato, valendosi degli esempi noti a medici e anche a non medici, i legami intercorrenti fra le influenze atmosferiche e certe determinate manifestazioni patologiche dell'organismo, nonchè l'insorgere più frequente e talvolta quasi epidemico di queste ultime, in concomitanza a determinate perturbazioni dell'atmosfera; fatti che, frutto di antica osservazione, hanno anche oggi certamente un fondo indiscutibile di verità scientifica. Esaminando di poi la genesi intima e l'essenza di tali rapporti l'O. ha messo in rilievo le incertezze dominanti in proposito, le varie teorie emesse e tutto il rifiorire di nuovi studi sull'argomento, dei quali in Italia specialmente si è fatto convinto assertore il Ceresole; studi che, per quanto ancora frammentari e mancanti dei necessari anelli di collegamento fra i vari fatti assodati e sicuri, sembrerebbero assegnare tuttavia una notevole importanza all'influenza determinata dalle modificazioni elettriche dell'atmosfera.

All'Accademia Medico-Fisica il prof. Paroli e il dott. Lunedei hanno riferito i loro studi su « Le sensazioni dolorose e gli effetti della anestetica cutanea nelle affezioni ginecologiche e nel travaglio del parto.

Detti AA. hanno studiato gli effetti delle iniezioni sottocutanee di novocaina, nella zona in cui è riferito il dolore, nelle affezioni ginecologiche e nel travaglio di parto. Essi sono partiti dalla premessa che tale metodo di anestesia ha dato ottimi resultati contro i dolori delle affezioni in genere dei visceri e delle sierose, resultati che

Sfameni e Lunedei hanno spiegato recentemente ammettendo che la trasmissione dell'impulso dolorifico dal sistema nervoso vegetativo al sistema di relazione avvenga nella cute, nel corpuscolo sensitivo.

Gli AA. hanno ottenuto quasi completa scomparsa del dolore da cancro dell'utero e del dolore nel travaglio di parto, quando quest'ultimo è riferito alla regione sacro lombare. Hanno ottenuto lieve diminuzione del dolore del parto quando esso è riferito alla regione soprapubica durante il periodo dilatante, notevolissima diminuzione di esso invece quando è riferito alla regione soprapubica durante il periodo espulsivo. L'anestesia dura dalle 5 alle 8 ore.

Questo metodo di anestesia non ostacola minimamente il parto, anzi può facilitarlo nei casi di inerzia da dolore. Dott. PIERO CANALE.

NOTIZIE DIVERSE.

V Congresso internazionale di Talassoterapia.

Avrà luogo a Bucarest ed a Constantza (nel Mar Nero) dal 21 al 29 maggio, sotto l'alto patronato di S. M. la regina Maria di Rumania e sotto la presidenza del prof. Annibal Theohari, professore di clinica terapeutica all'Università di Bucarest, direttore dell'Istituto d'Idrologia Medica.

Il Congresso contribuirà a far conoscere la Romania e le sue istituzioni scientifiche, le sue stazioni balneari e climatiche ed a consolidare i legami che la uniscono al nostro e ad altri Paesi.

L'Italia sarà ufficialmente rappresentata dai proff. Badaloni, Ceresole, Di Fabri, Feletti, Ferraresi, E. Maragliano, Nota, Rubino, Tedeschi e Vitali.

Il congresso s'inizierà il 21 maggio con una escursione alle Porte di Ferro del Danubio. L'indomani i congressisti saranno ricevuti dai delegati del Ministero della Sanità, alle Grandi Terme dei Bagni d'Ercole. La seduta inaugurale avrà luogo il 23 maggio a Bucarest. Il 24 e il 25 maggio i congressisti visiteranno le stazioni climatiche dei Carpazi. Le sedute scientifiche si terranno a Constantza, d'onde i congressisti faranno delle escursioni a Mamaia e alla stazione balneare marittima di Tekirghiol. Il congresso sarà seguito da escursioni in mare.

Al congresso sarà unita un'Esposizione nazionale balneo-climatica, turistica e fisioterapica.

Saranno concesse agevolazioni notevolissime di viaggio e di soggiorno.

Per informazioni riguardanti il Congresso rivolgersi all'Ufficio del Congresso, Società d'idrologia e di climatologia mediche, Strada Izvor 14, Bucarest. Per l'Esposizione rivolgersi all'Ufficio dell'Esposizione, Ispettorato Generale balneo-climatico, Strada Mantuleasa 33, Bucarest.

Il primo di questi uffici sarà trasferito nei locali del Congresso il 21 maggio; il secondo sarà trasferito al Parco dell'Esposizione il 1° aprile.

Congresso internazionale di Anatomia.

In conformità alle decisioni prese a Liegi nel 1926 ed a Londra nel 1927, l'Associazione degli anatomici terrà la sua 23ª riunione dal 2 al 4 aprile a Praga.

Su proposta del ministro Srdinko, il governo della Repubblica Czeco-Slovacca ha accordato ai congressisti i vantaggi seguenti: 1° gratuità del *visa* ai passaporti; 2° viaggio gratuito di andata e ritorno, in prima classe, dalla frontiera a Praga; 3° alloggio gratuito negli alberghi di Praga per i tre giorni del congresso (vitto non compreso).

I membri dell'Associazione che desiderano di partecipare al Congresso sono pregati di mettersi in comunicazione col segretario generale, prof. Collin, rue Lionnois 31, Nancy (Francia).

Sezione Lombarda della Società Italiana di studi scientifici sulla tubercolosi.

La riunione per la costituzione ufficiale della nuova Sezione, ebbe luogo il 19 febbraio presso l'Aula dell'Istituto di Clinica Medica della Regia Università di Milano. Hanno partecipato all'iniziativa 26 soci. Era presente alla seduta il sen. Maragliano, Presidente della Società. L'Ufficio di Presidenza della Sezione Lombarda è risultato così composto: presidente prof. Luigi Zoia, direttore dell'Istituto di Clinica Medica della R. Università di Milano; consiglieri: proff. Emilio Alfieri, Umberto Carpi, Mario Redaelli, Gaetano Ronzoni.

Accademia Lancisiana.

Ha avuto luogo la seconda riunione scientifica della Accademia Lancisiana, riunione che è riuscita importantissima sia per il numero dei soci intervenuti, tra cui numerose personalità del mondo medico romano, sia per l'importanza delle comunicazioni fatte.

Il presidente prof. Fioretti, aperta la seduta, propose l'invio di un telegramma al presidente degli Ospedali Riuniti di Roma gr. uff. Adolfo Cotta formulando gli auguri della Accademia per la tremenda sciagura occorsa al suo figliolo Enrico.

Dopo alcuni brevi cenni di ordine amministrativo e la partecipazione della nomina dei nuovi soci residenti, si iniziò l'esposizione delle varie comunicazioni:

Il prof. P. Zannelli parlò su « La filtrabilità del virus tubercolare ».

Il prof. R. Monteleone su « L'Istamina quale mezzo di studio della funzionalità gastrica ».

Il prof. V. Artom di S. Agnese su « La cura dei fibromi complicanti la gravidanza ».

Il prof. G. Ferreri su di un caso di « Estrazione di protesi dentaria dal fondo del bronco destro con tracheo broncoscopia diretta, dopo dieci giorni di permanenza. Guarigione ».

Apertura di Museo per lo studio del cancro.

L'Istituto Bolognese per l'indagine e la cura del cancro della bocca e della pelle, ha aperto il

proprio Museo didattico gratuitamente agli studiosi. Esso è visibile ogni giorno festivo dalle 10 alle 12 nell'apposito fabbricato di Via Albertazzi, n. 36 (Sterlino) Bologna.

I medici residenti fuori di Bologna, possono prendere accordi per diverso orario rivolgendosi al Direttore prof. Masotti, Via Maggiore, n. 4, Bologna.

Corso accelerato di perfezionamento.

Dal 29 al 31 maggio avrà luogo un corso di perfezionamento in medicina interna a Bad Morgentheim. Le conferenze saranno tenute dai professori: Kraus (Berlino), Falta (Vienna), Grafe (Wurzburg), Tannhauser (Düsseldorf), O. Müller (Tubinga), Balint (Budapest), Syderhelm (Francoforte), Bofinger (Morgentheim), Stepp (Breslavia), Schmieden (Francoforte), Lampé (Monaco). Per informazioni rivolgersi al: Kurverwaltung, Bad Morgentheim (Czecoslovacchia).

Una nuova "Maternità„ a Roma.

Sorgerà prossimamente a Roma un nuovo Istituto per l'assistenza alle partorienti ed alle puerpere, sotto gli auspicî dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, col concorso dell'avv. Carlo Scotti, commissario prefettizio della Congregazione di Carità, il quale si è assunto le spese per la costruzione; del Governatorato di Roma, il quale ha donato l'area; della Congregazione di Carità, la quale provvederà all'arredamento e al funzionamento.

L'area, di circa 1500 mq., è stata scelta dal prof. Cesare Micheli, in una splendida posizione tra il viale Angelico, il viale Mazzini e la piazza Giovane Italia, nel centro dei nuovi e popolosi quartieri ad est di Roma, sforniti fin'ora di tali istituzioni.

L'edifizio si comporrà di un seminterrato, di due piani e di un attico. Due rampe di accesso permetteranno il trasporto in vettura delle partorienti. Nei locali seminterrati troveranno posto i servizi di lavanderia e di riscaldamento, il refettorio per il personale, il dormitorio per le infermiere, e la cucina, nonchè, in ambienti con ingressi separati, due sale per distribuzione di latte e per refezione alle madri allattanti, ed un ambulatorio per la cura delle madri e dei bambini.

Nel primo piano verrà sistemato il Reparto per gestanti a pagamento, e vi saranno la sala di accettazione delle partorienti con servizi annessi, gli uffici, il refettorio delle suore e la stanza per il sanitario incaricato del servizio pubblico della guardia ostetrica. Nello stesso piano, con ingresso separato, funzionerà un Nido-Asilo.

Nel secondo piano troveranno posto le corsie per le gestanti povere, una sala di osservazione, la sala da parto e quella per le operazioni con gli annessi locali per disinfezione, bagno, infascio dei neonati, ecc.

Le puerpere, non appena siano in grado di lasciare il letto, godranno il beneficio di due ampie e soleggiate terrazze a livello del piano stesso.

Nell'attico vi sarà una sala di isolamento con annessa medicheria, oltre agli alloggi per le suore e le levatrici.

L'edificio sarà circondato da giardino.

La costruzione è affidata all'ing. Attilio Cascioli, il quale si ripromette di portarla a compimento nel volgere di pochi mesi.

Alta onorificenza inglese al prof. Aldo Castellani.

In considerazione della vasta opera scientifica nelle varie discipline mediche e specialmente nella patologia tropicale, ma soprattutto, per i benefici effetti che ne trassero le colonie britanniche, S. M. il Re Giorgio d'Inghilterra ha conferito al prof. Aldo Castellani la commenda dell'ordine di S. Michele, come venne annunziato nel nostro N. 4.

Il Castellani dal 1925 è professore all'Università di Tulane (New Orleans) dove fu chiamato ad organizzare quella Scuola di Medicina tropicale e dove si reca ogni anno per tenervi un corso di tre mesi. La sua residenza abituale è però tuttora a Londra dove è sempre « Lecturer » alla « London School of tropical Medicine » annessa a quella Università, e nello stesso tempo condirettore (col Ross e col Simpson) del « Ross Institute for Medical Research ».

Siamo orgogliosi di veder disputato fra i due Mondi, così insigne clinico e patologo, che non ha mai voluto rinunciare alla sua cittadinanza italiana. L'eccezionale onore ora tributato al nostro connazionale è uno dei più alti che il Monarca dell'Impero britannico possa largire a persona straniera; ed attribuisce al prof. Castellani il titolo nobiliare di « Sir » e quello di « Lady » alla sua Signora.

L'istituzione di una bene organizzata Scuola di medicina coloniale è pure ormai sentita in Italia ed auguriamo che, qualora ciò avvenisse, il Castellani trovi modo di dedicarvi un poco della sua instancabile e multiforme attività.

Nella stampa sanitaria.

Animato da un sentimento profondo, quello della fraternità tra i popoli neo-latini, il dott. L. M. Pierra ha iniziato la pubblicazione degli « Acta Medica Latina », avviamento ad una sempre più stretta intesa intellettuale e culturale e possibilmente economica e politica tra popoli che sono già uniti da tante affinità naturali, così da poter costituire un blocco saldo e omogeneo. Il nuovo periodico risponde dunque a un alto ideale.

Esso esce sotto gli auspici delle parole « del grande Mussolini » il quale, riferendosi ai popoli neolatini, ebbe a proclamare: « federare queste forze multiple e questi popoli che anima una stessa fede, per i quali la civiltà è un'eredità comune, è assicurare la pace del mondo e premunirsi contro la minaccia della barbarie ».

La pubblicazione venne decisa dalla Federazione della Stampa medica latina, adunatasi a Parigi nel 1927; il Pierra, che è l'animatore della Federazione, ha saputo tradurre in atto il voto allora formulato.

Lingue ufficiali del periodico sono tutte quelle neo-latine: francese, italiano, portoghese, rumeno, spagnolo; le recensioni sono pubblicate nella lingua originale, dato che questa è sempre accessibile ad una persona di cultura neo-latina. Ogni fascicolo contiene dei contributi originali, una ricchissima rubrica di recensioni, un repertorio d'indicazioni bibliografiche e notizie. Il primo fascicolo, di 84 pagine, mostra qualche manchevolezza linguistica; ma esso deve considerarsi come un principio.

Gli abbonamenti importano 50 lire; si ricevono da « L'Expansion Scientifique Française », rue du Cerche-Midi 23, Parigi (6).

Al nuovo confratello i nostri fervidi auguri.

Giubileo di una Rivista.

La « Zeitschrift für Tuberkulose » ha pubblicato il 1° fascicolo del suo 50° volume, con il quale celebra il proprio giubileo. Fondata nel 1900 da B. Fränkel, v. Leyden e Gerhardt, come organo internazionale della lotta contro la tubercolosi, fu dapprima consacrata prevalentemente all'epidemiologia e alla profilassi della tubercolosi; ma a partire da suo 8° volume ha assunto il titolo attuale ed ha fatto sempre più largo posto alla patologia, alla clinica ed alla terapia. Tra i suoi passati direttori vanta i nomi di Koch, Gaffky, Kirschner, v. Leube, Orth, Penzoldt; attualmente è diretta da F. Kraus, E. v. Romberg, F. Sauerbruch e C. Pirquet. La redazione è attualmente affidata ad A. Kuttner e Lidia Rabinovitsch. Questi nomi sono di per sè un programma.

Nei 49 volumi del periodico fin'ora pubblicati è contenuta una mole ingentissima di lavori: tutti i problemi concernenti la grave malattia sono stati ampiamente trattati, mentre la copiosissima rubrica delle recensioni ha tenuto e tiene a giorno di quanto si viene pubblicando in tutti i Paesi.

Ad multos annos!

Per la biblioteca pubblica di Denver.

Per onorare la memoria dei dottori T. A. McGraw *sen.* e *jun.* le signore C. A. Lightner e T. A. McGraw hanno donato 20,000 dol., pari a 350,000 lire it., per l'acquisto di pubblicazioni mediche nel campo dell'endocrinologia, con particolare riguardo alla tiroide; inoltre la sig.ra Lightner ha donato 1000 dol. per l'acquisto di libri medici di cui si abbia maggiore bisogno.

La settimana della Croce Rossa Belga.

La settimana di propaganda per la Croce Rossa Belga si tiene dal 24 marzo al 1° aprile; si è iniziata con una seduta solenne al Palais des Académies, sotto la presidenza del presidente del Consiglio dei Ministri on. Jaspar, presente la famiglia reale.

Un ospedale militare romano scoperto in Germania.

Nelle vicinanze di Bonn gli scavi condotti per conto del Museo della Provincia Renana hanno fatto scoprire un ospedale militare romano che data dall'anno 150 avanti Cristo. Questo ospedale da campo era stato costruito per i bisogni della guarnigione di seimila soldati che una volta i romani mantenevano in quella località. La Direzione del Museo Renano sostiene di aver ritrovato le prove che nell'ospedale vivevano anche delle graziose infermiere che da Roma erano inviate a curare i soldati dell'Impero.

Durante gli scavi è stata pure rintracciata e posta in luce un'ala del magnifico palazzo del Legato Romano e la costruzione è interessante perchè permette di accertare con quanto splendore vivevano quei formidabili conquistatori e costruttori di imperi.

La trazione elettrica e le condizioni sanitarie del personale di macchina.

La trazione elettrica è stata considerata recentemente in Svizzera sotto un aspetto affatto nuovo: lo stato sanitario del personale di macchina. Su questo stato ha avuto una favorevole influenza l'estendersi del nuovo sistema di trazione; e ciò viene attribuito a diverse cause:

1) il posto degli agenti di servizio è meglio protetto dalle intemperie. Le correnti d'aria sono eliminate e la temperatura vi è meno variabile;

2) il personale non deve più soffrire l'irradiazione del calore dal forno e dalla caldaia;

3) il lavoro del fuochista è soppresso, e si tratta di un lavoro che stanca eccessivamente e provoca un'abbondante traspirazione;

4) l'atmosfera non è più satura di fumo, di gas, di vapore;

5) le inevitabili oscillazioni sono in generale di minore ampiezza.

Un nuovo aeroplano sanitario.

Le Officine Caproni di Milano hanno ultimato e brillantemente collaudato un nuovo grande bimotore « Ca-80 » azionato da due motori a raffreddamento ad aria, destinato al servizio sanitario.

L'apparecchio ospita nella sua capace fusoliera 4 o 6 feriti ed è un vero posto di pronto soccorso fornito di tutto. Le manovre di carico e di scarico dei feriti si effettuano rapidamente e con grande comodità.

Questo apparecchio è il primo grande aeroplano che sia stato attrezzato in Italia per l'uso sanitario.

Infortuni di sanitari.

Il dott. Luigi Mosca, direttore dell'Ospedale della Pace di Napoli, e il dott. Mastrandrea, assistente nello stesso Ospedale, sono stati aggre-

diti con estrema violenza da una donna che era stata ricoverata nell'ospedale e che ne era stata dimessa. Hanno riportato molteplici ferite al capo. Alcuni anni or sono la donna era già stata protagonista di un'impressionante tragedia: aveva aggredito ed ucciso il marito a colpi di rivoltella, nell'aula giudiziaria ove si svolgevano le pratiche per la separazione coniugale.

Diritto di lasciar morire i malati incurabili?

Nella stampa inglese ha destato vivo interesse il caso denunziato dal dott. A. T. Simpson di Sheffield, il quale, chiamato a visitare un paziente di 71 anni che presentava idropisia cronica, lo trovò avvelenato dal laudano e non fece nulla per salvarlo, sia perchè la lavanda gastrica era praticamente inattuabile, sia perchè non si sarebbe ottenuto altro risultato che di prolungare le sofferenze del malato e di rendere sempre più penosa e quasi intollerabile l'assistenza prestatagli dalla vecchia moglie. La morte occorse tre ore dopo la visita medica.

La condotta del dott. Simpson è stata quasi unanimemente deplorata, anche dall'Associazione Medica Britannica: compito del medico dev'essere sempre quello di prolungare al massimo la vita. Solo il chirurgo William Arbuthnot Lane, in una intervista, ha trovato pienamente giustificabile la condotta del Simpson che egli stima ispirata a sentimenti elevatissimi di umanità. Il problema non è di quelli che possano facilmente risolversi.

Contraffattori di urotropina.

Come abbiamo annunziato, un gruppo di contraffattori e rivenditori di frodo aveva lanciato sul mercato in tutta l'Italia una notevole quantità di urotropina falsificata. La Società concessionaria sporse denuncia al commissario di Lambrate, il quale riuscì a sequestrare molta merce contraffatta e a scoprire i contraffattori e rivenditori. Venne tratto in arresto certo Ernesto Bevilacqua, il quale ammise di avere imitati i flaconcini di urotropina e di averli venduti.

Vennero compiuti altri due arresti. L'istruttoria concluse col rinvio a giudizio di sette persone, per contraffazione e vendita del prodotto falsificato. Il processo si è svolto per cinque giornate davanti al Pretore penale. Il Bevilacqua ha confermato di aver confezionati i flaconi, dichiarando però di aver agito con la persuasione che il nome « Urotropina » fosse ormai divenuto di dominio pubblico e stesse a significare il farmaco che in chimica si chiama esametilentetramina. Dallo svolgersi del dibattimento risultò infatti che il prodotto usato dai contraffattori era semplice esametilentetramina del commercio di varia provenienza, che il perito del Tribunale constatò impura e in certi casi pericolosa. Altri imputati, uno dei quali era contumace, si sono difesi adducendo la loro buona fede in quanto dichiaravano di aver acquistata la merce ritenendola genuina, per quanto non sapessero spiegare la ragione del sottoprezzo.

Il Pretore ha condannato: Bevilacqua a quattro mesi e quindici giorni di reclusione e seimila lire di multa; tre altri imputati a tre mesi di reclusione e tremila lire di multa ciascuno; un imputato a due mesi di reclusione e duemila lire di multa; tre imputati a duemila lire di ammenda per incauto acquisto. Tutti furono poi condannati alle spese del processo ed al risarcimento dei danni. Infine si ordinò la pubblicazione della sentenza nel giornale « Il Popolo d'Italia ».

Polizia femminile e pronti soccorsi.

A Washington una Brigata di polizia femminile metropolitana ha seguito le lezioni impartite dalla Croce Rossa per pronti soccorsi d'urgenza.

Venti di queste agenti femminili, alla fine del corso, hanno ricevuto un distintivo-bracciale, il quale servirà loro di segno di riconoscimento, e in tal modo, benchè in nessun distretto della Columbia le donne poliziotte indossino l'uniforme, esse potranno essere identificate e chiamate a prestare opera di pronto soccorso nei non rari casi di infortunio.

Un chirurgo processato ed assolto.

Presso la Corte Suprema del Nebraska (Stati Uniti) si è svolto un processo intentato contro un chirurgo da un paziente il quale aveva riportato una frattura di Colles al polso destro. Curato da un medico alla maniera usuale, era residuata lieve perdita di funzione, in quanto il movimento di flessione dorsale della mano era notevolmente ridotto da una esostosi. Alcuni mesi dopo il paziente consultò un chirurgo ortopedico, il quale stimò utile un intervento cruento; ma si produsse un'infezione, che rese necessari due ulteriori interventi; da ultimo l'uso della mano fu praticamente perduto. Il paziente reclamava un forte indennizzo dall'operatore, cui imputava incapacità tecnica. In esito alle perizie in contradittorio e al lungo dibattimento, da cui risultò che il chirurgo aveva proceduto secondo le buone norme dell'arte, il tribunale pronunziò sentenza assolutoria. Venne ribadito il principio che il sanitario non può garantire l'esito dell'intervento e che i risultati sfavorevoli non bastano a provare l'incapacità tecnica dell'operatore.

Mostra d'arte medica a New York.

La 2ª mostra d'arte dei medici, promossa dal « New York Physicians' Art Club », verrà inaugurata il 1° aprile nell'Accademia Medica di New York. Si accettano lavori dei medici degli Stati Uniti. Per informazioni rivolgersi al Dr. Henry A. Bancel, 1 West Sixty-Eighth Street, New York.

Orchestra medica.

È stata costituita in seno alla « King County Medical Society » di Seattle (Stato di Washing-

ton); è diretta dai dottori R. L. Jeffrey e C. M. Burdick; scarseggia però ancora di alcuni strumenti.

Un "charivari„ contro un professore.

Il prof. Champy, chiamato recentemente alla Facoltà medica di Parigi, non ha potuto tenere la lezione inaugurale, a causa di un pandemonio sollevato dagli uditori che affollavano l'anfiteatro in numero di oltre 1500. La chiassata è degenerata in zuffa; si sono avuti alcuni feriti. È stata provocata dalle opinioni politiche cartelliste dello Champy.

Sindacato terme, bagni e stabilimenti di cura.

Sotto la presidenza del rag. Gerardo Locurcio, della Federazione Nazionale dei Sindacati fascisti del commercio, si è riunito il Direttorio Nazionale del Sindacato Nazionale addetti Terme, Bagni e Stabilimenti di cura. Tra l'altro è stato deciso di intensificare la propaganda per la creazione di una Scuola di abilitazione ad esercire la professione di infermiere come già è stato fatto in proposito dai Sindacati provinciali di Torino, Roma e Bologna.

Il 5 marzo cessava di vivere a Grimaldi il dott. ANTONIO SILVAGNI, in età di soli 53 anni, mentre ancora la sua matura esperienza poteva dare i frutti d'un lungo e paziente lavoro, illuminato da un ingegno vivido e da un'appassionata volontà di conoscere. Ha saputo profondere tesori di bontà. Guidato sempre dalla bellezza ideale del suo compito, non curava stanchezze o sacrifizi. Medico condotto, prestava la sua opera disinteressatamente, devolvendo lo stipendio a beneficio delle classi povere. La sua vita potrebbe compendiarsi in una sola parola: apostolato.

Lascia un ricordo incancellabile tra i colleghi che lo hanno avuto al fianco e tra quanti ricevettero dalla sua generosità aiuti e consigli.

COLISTRO.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXV Roma, 2 Aprile 1928 Fasc. 13

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. R. ALESSANDRI

Calcolosi in rene a ferro di cavallo

per il dott. ERMANNO MINGAZZINI,
aiuto volontario e libero docente.

Il rene a ferro di cavallo rappresenta un'anomalia frequente del sistema uropoietico. Esso è preceduto solo dalla duplicità della pelvi e degli ureteri. Questa affermazione non deve sorprendere più oggi, dal momento che si possiedono, allo stato attuale, dei mezzi di indagine con i quali la diagnosi di tale affezione viene non solo facilitata, ma addirittura permessa senza incertezze nè dubbi. La condizione necessaria e sufficiente si compendia nello studio esatto e completo del malato da affidarsi a specialisti o per lo meno da completarsi in ambienti adatti. Molti sono gli autori che di tale argomento si sono occupati: per non citare che qualche nome dei principali, ricorderò il Rowsing cui si deve la descrizione del complesso sintomatico che da lui prende il nome, l'Israel, il Gerard, il Botez, lo Judd, Braasch e Scholl, Papin, Voorhoewe. Anche da noi in Italia se ne sono occupati il Pisani della Scuola di Lasio con notevole contributo, il Possati, il Bianchetti, il Bianchini, il Chiarello.

Quale che sia questa frequenza è difficile stabilire: dovendola desumere in base al reperto di autopsia, si vede — tanto per citare le cifre estreme — che se Morris trovò 1 rene a f. di c. su 1590 autopsie e Guizzetti e Pariset ne ritrovarono 1 su 1333; Naumann invece trovò la proporzione di 1 a 598, e Kraft e Scheel di 1 a 500.

Ma l'importanza clinica di tale anomalia invece è assai maggiore. Scorrendo le statistiche di coloro che si occuparono delle affezioni chirurgiche di rene a ferro di cavallo, si rimane sorpresi nel constatare come le cifre di Botez nel 1912 e di Judd, Braasch e Scholl nel 1922 accennano ad identiche proporzioni di 1: 143 e rispettivamente di 1:142 su 1000 e rispettivamente 2424 interventi sul rene in genere.

Quindi mentre il rene a ferro di cavallo rappresenta un'anomalia che si riscontra nella proporzione di 0.06 a 0.2 su tutte le autopsie in genere, esso si ammala assai più di frequente del rene normale. Su 6 reni a ferro di cavallo se ne ammala 1.

Il rene a ferro di cavallo rappresenta poi, esso stesso la modalità più frequente del rene fuso: poichè di questo vi sono 3 possibilità. I due reni possono esser riuniti da un ponte a livello dei due poli inferiori, oppure a quello dei due superiori, ovvero i due organi costituiscono un tutto unico, informe, denominato rene a focaccia, quando sono fusi in corrispondenza dei due margini mediali. Quest'ultima possibilità è veramente eccezionale.

Il rene a ferro di cavallo giace di solito più basso e più all'interno di quello normale: 1 o 2 vertebre più in basso: i loro assi longitudinali si riuniscono *in basso* e *medialmente* all'opposto di quelli normali che convergono *in alto* e all'interno. Talora le due metà dell'organo sono sviluppate differentemente: la parte ipoplasica giace più bassa e più vicina alla colonna vertebrale. Il tratto intermedio corrisponde di solito all'ombellico e può esser rappresentato da una benderella fibrosa (evenienza rara): più spesso si riconosce il punto di fusione delle due metà da un'insenatura profonda nel parenchima. Raro è anche il caso del passaggio insensibile da una metà all'altra.

L'anomalia non si limita solo alle parti parenchimatose ma colpisce anche la posizione, la forma, il numero dei vasi che di solito sono aumentati di numero e del sistema escretore. La pelvi conserva ancora il suo orientamento anteriore fetale, non avendo potuto girare medialmente per la presenza del tratto intermedio. Essa scavalca questo tratto e si trova di solito in posizione anteriore rispetto ai vasi, anzichè posteriore.

Questo reperto ha una considerevole importanza pratica specialmente pei casi patologici.

Il rene a ferro di cavallo ha assunto una speciale considerazione clinica solo in questi ultimi tempi da quando Rowsing (1910) ne descrisse la sua sindrome, la quale è tuttavia lungi dall'esser costante. Il complesso sintomatico di Rowsing è costituito dai seguenti sintomi: dalla presenza di una tumefazione trasversale grande quanto 2-3 dita trasverse a livello dell'ombellico, talvolta palpabile sotto narcosi, fissa, duro elastica e da *dolori* che si manifestano nei lavori faticosi, ma *sopratutto nell'iperestensione della colonna vertebrale*.

Qualche volta i malati si lamentano di vaghi disturbi gastrici, o di dolori a cintura.

Tali dolori sarebbero dovuti, secondo l'Autore, alla compressione del tratto intermedio sui nervi periaortici sottostanti. Questa supposizione sarebbe avvalorata dall'esito felice della separazione delle due metà, proposta dal Rowsing stesso ed eseguita circa una diecina di volte, per via transperitoneale. Ma la patogenesi di tali disturbi non è condivisa dal Fedoroff, il quale fissa il rene secondo il metodo di Albarran, ascrivendo i dolori alla mobilità dell'organo, e, alla fissazione, che ne deriva della sua divisione, il risultato felice dell'operazione proposta da Rowsing. Pisani pensa che i disturbi sian legati all'ostacolato deflusso dell'orina, cagionati dall'anormale incrociamento dell'uretere con i vasi.

La morbilità del rene a ferro di cavallo è certo più frequente di quella del rene normale: in ordine di frequenza esso è colpito da idro, da pionefrosi, calcolosi, tubercolosi, tumori. Essendo i sistemi vascolari delle due metà perfettamente distinti, è chiaro come le affezioni di una di esse possa non coinvolgere affatto l'altra.

La diagnosi adunque di tale anomalia e delle malattie che possono colpire l'organo così malformato non è delle più facili. Vi sono certamente numerosi casi che decorrono ignorati, poichè le sofferenze per le quali, di solito, i malati giungono al medico vanno ascritte alle complicanze che colpiscono l'organo congenitamente alterato e che non si manifestano se non in età adulta.

Israel fu uno dei primi che descrisse un reperto palpatorio da autorizzare al sospetto fondato del rene a ferro di cavallo. Il sintoma consiste nella palpazione di un tumore endoaddominale mediano foggiato a semiluna con concavità volta in alto. Ma questo è un reperto eccezionale. Assai più di frequente invece non si riesce a percepire nettamente il polo inferiore del rene che sembra continuarsi medialmente con un prolungamento verso la parte opposta. Ma anche senza tale fortunata evenienza si può pensare al rene a f. di c. quando si palpi un organo liscio, che ricordi il rene normale, ma si trovi più *basso, più mediano* e *fisso*.

E difatti questo è veramente il reperto citato più di frequente e da accettarsi dunque come quello più probativo.

La cistoscopia non fornisce rilievi degni di nota, poichè gli sbocchi ureterali sono di solito due e in sede solita.

Sulla radiografia si può contare di più. Oggi con il sussidio del Potter-Bucky si può metter in evidenza un'ombra a ferro di cavallo e che ripete le stesse caratteristiche già esposte alla palpazione. Nei casi patologici il reperto è anche più dimostrativo. Le concrezioni della calcolosi si trovano assai vicine alla colonna vertebrale e si riempiono; le pelvi sono dirette secondo un asse diretto medialmente ed in basso, al contrario di quelle situate nei reni normali che con il loro maggior asse sono dirette in alto e medialmente.

Ma tutti questi dati, non riescono che a darci una diagnosi di probabilità e non già di certezza.

La pielografia invece fornisce dei dati, diremmo sicuri, di tale affezione.

Le caratteristiche pielografiche sono le seguenti: brevità anormale dell'uretere, un decorso più vicino alla colonna vertebrale, abbassamento, deformità della pelvi. Questa non solo è più bassa della norma, ma più vicina alla colonna vertebrale (fin sulle apofisi trasverse), è diretta con il maggior asse in basso e medialmente *è girata anteriormente*. Per quest'ultima ragione l'ombra degli ureteri spicca non già medialmente ad essa, *ma in modo da ricoprire almeno parzialmente l'ombra dei calici.*

Ognuno di questi dati non è patognomotico per il rene a ferro di cavallo, ma messi insieme rappresentano una sindrome di quasi assoluta certezza.

D'altra parte è importante pensare a tale anomalia durante un intervento quando un rene si trovi più basso, e situato più medialmente della norma, in presenza di un numero abnorme di vasi, nella difficoltà, anzi, nella impossibilità della sua lussazione e in presenza di una pelvi in posizione anteriore, anzichè posteriore rispetto ai vasi.

Per quello che riguarda la cura del rene a ferro di cavallo, si distinguono: interventi per r. a f. di cavallo normali e semplicemente dolorosi e quelli, assai più numerosi, per organi malati. Sono assai scarsi nella letteratura mondiale (non superano la ventina) i casi operati per il complesso sintomatico di Rowsing, a disposizione del quale stanno le due operazioni, della sezione delle due metà proposte dall'autore stesso e della fissazione del rene a ferro di cavallo secondo Fedoroff.

La sezione dell'istmo, riesce facilmente in presenza di una benderella fibrosa. Scarse difficoltà si riscontrano nel caso di un accenno (solco) più o meno evidente in corrispondenza del punto di fusione. Più grave è il problema quando manchi ogni accenno alla divisione. Ciò ha una importanza pratica straordinaria quando uno dei due reni sia affetto da tubercolosi.

Nei limiti del possibile bisogna prendere i singoli vasi, e procedere poi ad una sutura emostatica come per una comune nefrotomia, avendo cura di affrontare le due metà sezionate a cuneo.

In caso di necessità si possono lasciare delle pinze o dei Klemmer a permanenza, oppure stringere il tratto sezionato (Lasio) e che deve rimanere in un laccio di gomma: Rowsing propone l'uso di uno schiacciatore; altri si servirono di tamponamenti semplici.

È stata discussa la via con cui raggiungere il rene così anomalo, ma è oramai pacifico che non convenga abbandonare la solita via lombare. Israel anzi giunge al punto di consigliare, nel caso di mancata diagnosi, la chiusura di una eventuale laparatomia anteriore e di seguire la via posteriore extraperitoneale.

*
* *

Scorrendo dunque la letteratura di questi ultimi anni si constata come la diagnosi e gli interventi su reni a ferro di cavallo si siano andati facendo sempre più frequenti, ma non tanto da rendersi di conoscenza comune.

Così malgrado che i casi di rene a ferro di cavallo osservati escano dai limiti di una semplice *curiosa naturae*, pur tuttavia è anche interessante comunicarne dei casi, onde attrarre su loro tutta l'attenzione che meritano. Il caso da me osservato è il seguente.

A. De R., vinicultore, di a. 39, da S. Pietro Vernotico.

È stato sempre bene: nulla di notevole nell'anamnesi familiare, nè personale remota. Non ha sofferto i comuni esantemi dell'infanzia; nega blenorragia, lue, ed altre malattie veneree. Si è sposato con donna dalla quale non ha avuto figli.

Da circa 7 anni il p. soffre di dolori che dal fianco sinistro si irradiano verso l'inguine e il testicolo dello stesso lato; talora colpiscono anche la coscia. Si accompagnano a sudore freddo, senso di angoscia. Non ha febbre, raramente vomita un po' di liquido. Le urine si fanno scarse, poi vengono emesse in piccola quantità con bruciore: sono torbide ed un po' arrossate.

Questi attacchi si ripetono ogni 3-4 mesi, da un paio di anni si sono fatti più frequenti e più dolorosi. Io stesso ebbi occasione di vederlo durante una di queste crisi che l'obbligava a rannicchiarsi in preda ad una continua agitazione.

Ricoverato allora in Clinica si constatò, dall'esame obbiettivo, trattarsi di un individuo di sana e robusta costituzione fisica ad eccezione di una lieve scoliosi lombare sinistro-convessa compensata da un'altra dorsale più dolce destro-convessa.

Nulla di importante a carico dei vasi, sistema polmonare, cardio-vascolare, dell'addome e degli organi ipocondriaci.

Per lo spessore e per la difesa delle pareti era difficile distinguere perfettamente i reni. Dolenti invece nettamente erano i vari punti costo-vertebrale e costo-muscolare, la zona di Bazy a sinistra. Manovra del Giordano dolorosa a sinistra. L'esame delle orine, che venivano emesse in quantità normali nelle 24 ore, rivelava la presenza di una scarsa quantità di albumina, di corpuscoli, di pus in modica quantità, e di qualche emazia e di cristalli di urati, di ossalati. La reazione era debolmente acida. Urea 15,740 per mille. Azotemia 0,38 per mille.

Alla cistoscopia la vescica appariva normale, gli sbocchi ureterali normalmente funzionanti. Al cateterismo bilaterale simultaneo i cateteri salirono il sinistro per 26 cm il destro per circa 20.

La radiografia (Dr. Nuvoli U.) (v fig. 1) dimostrò (oltre un'alterazione della conformazione della 3ª

vertebra lombare) un'ombra renale d. addossata nettamente alla colonna vertebrale compresa tra il margine superiore della 1ª lombare fino a quella inferiore della 3ª. Ivi il polo inferiore del rene si affinava fino a presentare un prolungamento diretto verso il polo inferiore del rene dell'opposto lato. Di questo non si apprezzava netto nè il polo

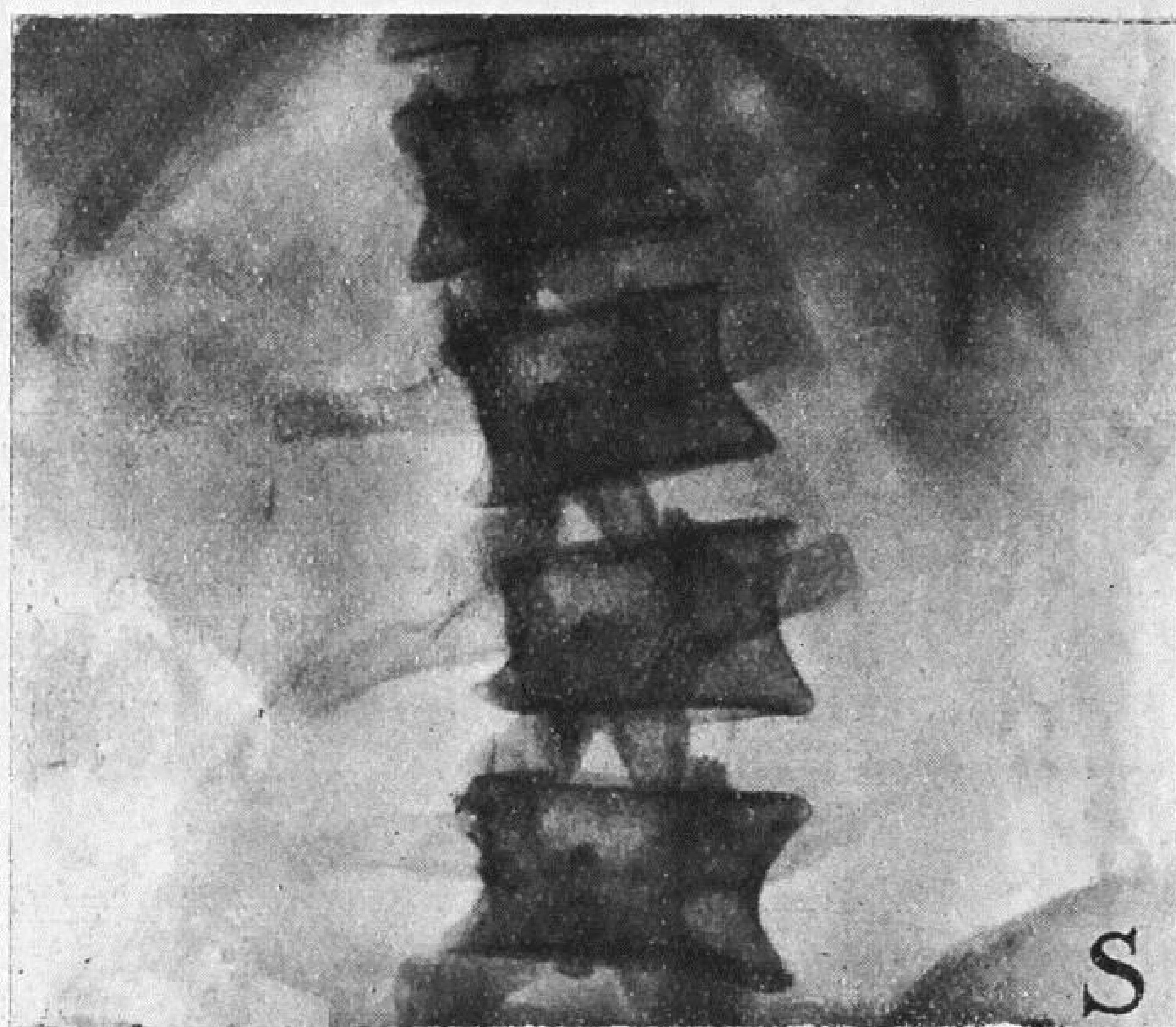


FIG. 1.

inferiore nè il contorno mediale; il laterale ripeteva il comportamento dell'adelfo. A livello dell'apofisi trasversa della 2ª lombare, a sinistra si vedeva l'ombra piuttosto intensa di un calcolo triangolare. Fu sospettata una calcolosi sinistra in rene a ferro di cavallo.

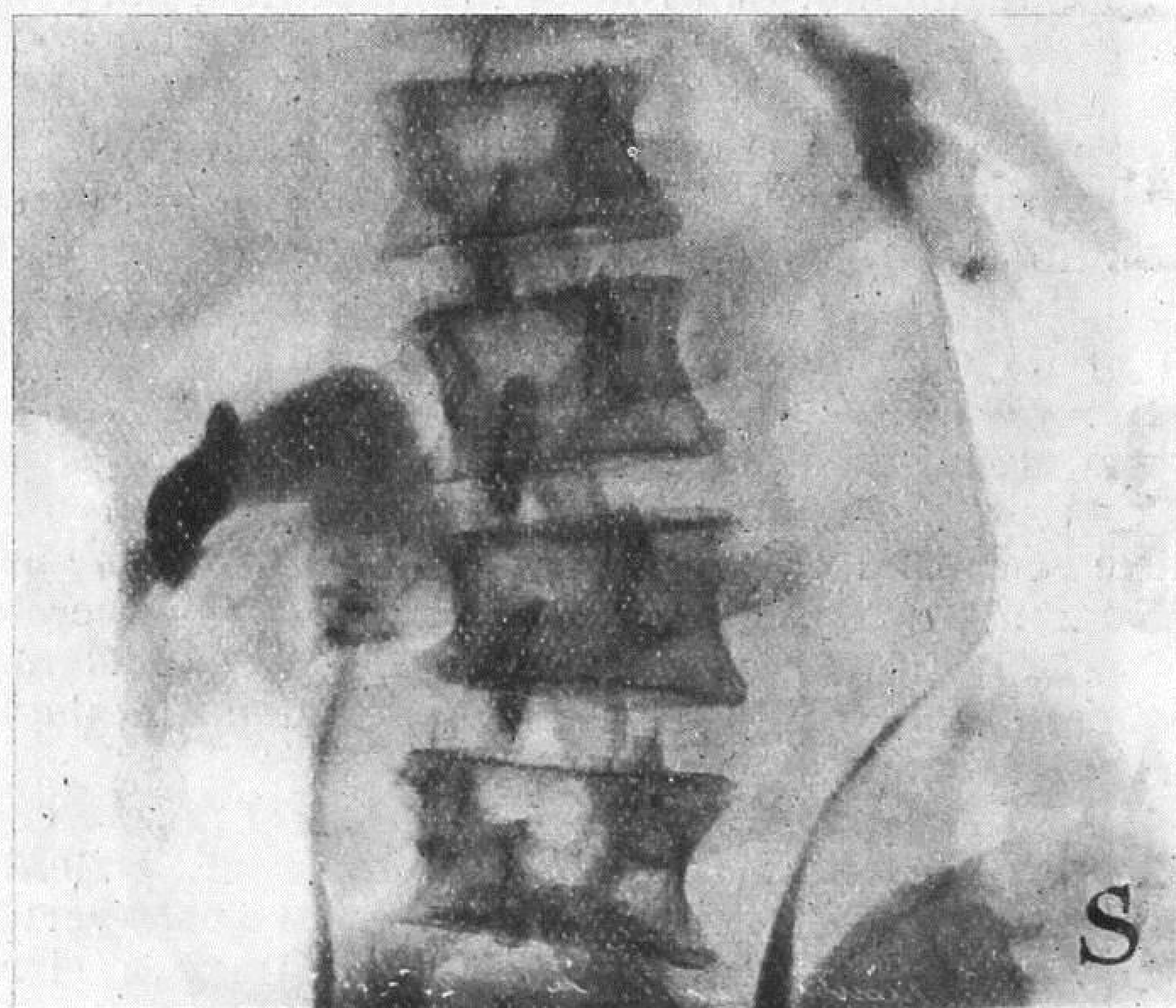


FIG. 2.

Con la pielografia (v. fig. 2) si misero in evidenza i seguenti dati degni del massimo rilievo: L'uretere di sinistra si dirigeva dapprima dal basso in alto e dall'interno verso l'esterno: poi, a livello del corpo della 3ª lombare, dall'esterno verso l'interno per incontrare la pelvi orientata in senso antero-posteriore ricoperta quasi completamente dall'ombra dei calici compresi fra il corpo della 1ª lombare e il margine superiore della 2ª. L'ombra del calcolo veniva coperta anch'essa da quella dei calici. A destra, invece, l'ombra dell'uretere decorreva parallelamente e assai vicina alla colonna vertebrale, poi si dilatava in una sacca che a forma di semiluna, aperta in basso e all'esterno seguitava in quella dei calici orientati nettamente dall'avanti all'indietro e obliquamente, come quelli dell'opposto lato dall'alto in basso e dall'interno all'esterno.

La diagnosi di calcolosi sinistra e di idronefrosi destra in rene a ferro di cavallo veniva così confermata.

L'intervento fu praticato il 26 novembre 1927. Rachistovainizzazione 0.06 completa all'altezza del 2º spazio vertebrale lombare. Incisione lombare alla Israel a sinistra. Si constata un rene a ferro di cavallo con tratto intermedio parenchimatoso. La pelvi è anteriore e non attraversata da vasi. Si mette facilmente in evidenza. Con un ago retto montato su di una Pean si individualizza il calcolo nel calice superiore. Attraverso una pielotomia lo si estrae con qualche difficoltà, sfuggendo facilmente alla presa. È triangolare, composto di urati. Con due punti in catgut si sutura la pelvi. Si lascia in vicinanza di essa un drenaggio di gomma rivestito di garza iodoformica. La ferita viene ricostituita a striati, facendo fuoriuscire il drenaggio dall'angolo superiore della ferita.

Il decorso fu complicato da una pielite mucosa e da una persistente fuoriuscita di urina dalla ferita. Per affrettare la chiusura della fistola, cateterizzai più volte il rene sinistro con l'intento di drenare l'urina piuttosto per le vie naturali che per quelle artificiali, pensando sopratutto che l'ostacolo maggiore al ripristino del decorso normale di essa risiedesse nella presenza del tratto intermedio.

Difatti tale sistema si dimostrò efficace.

L'ammalato ebbe qualche elevazione termica dopo un mese dall'intervento. Queste febbri legate a un ristagno di urine torbide cedettero prontamente alle iniezioni endovenose di 2 grammi di urotropina.

Il paziente fu dimesso guarito il 12 gennaio 1928, in 47ª giornata.

Il caso si presta a qualche considerazione pratica.

Esso dimostra come la diagnosi di rene a ferro di cavallo non si possa basare solo sul complesso sintomatico di Rowsing. Su questo punto aveva già attratta l'attenzione il Pisani: chè anzi i disturbi del paziente ebbero inizio in età adulta. Le coliche erano assai violente, ma non differenziabili da quelle di una comune calcolosi; non generarono il sospetto di una tale anomalia. Di nessun aiuto, a questo riguardo, furono l'esame obbiettivo, reso invero difficile, da un certo stato di difesa delle spesse pareti addominali, nè l'esame delle urine, nè la cistoscopia.

Il sospetto che si trattasse di una calcolosi (evidente per l'ombra) in un rene a ferro di cavallo, si iniziò all'esame accurato della radiografia, a render più complessa la quale intervennero le deformità vertebrali. In fondo i limiti superiore ed inferiore dei reni non erano al di fuori del nor-

male, però il loro addossamento alla colonna vertebrale e sopratutto l'esistenza di un prolungamento intermedio autorizzarono al sospetto fondato di tale anomalia.

Ma la pielografia fu la ricerca decisiva. Non ripeto i caratteri già descritti poichè possono valere come tipici.

Nei riguardi dell'intervento nulla si può aggiungere a quanto è oramai universalmente accetto. La via lombare permette l'accesso al rene e qualsiasi intervento su di esso. Certo le manovre sono un po' più difficili per la sua profondità. Importa invece tener presente la possibilità di un ritardo nella guarigione e la convenienza a servirsi di un cateterismo ureterale (da rinnovarsi, ben inteso, secondo le regole d'arte), onde permettere il ripristino del normale deflusso delle urine.

BIBLIOGRAFIA.

Essa è contenuta per esteso nei seguenti principali lavori sull'argomento.

ISRAEL J. e W. *Chirurgie der Niere und des Harnleiters*. Thieme, Lipsia, 1925.

PISANI L. *Contributo alla patologia, diagnosi e terapia del rene a ferro di cavallo*. Arch. it. di urologia, vol. II, f. IV, marzo 1926.

ID. Ibidem, vol. III; f. II, ottobre 1926.

VIETHEN. *Ein Fall von Solitäcyste bei Hufeisenniere* Zent. f. Ch., a. 53, n. 42, pag. 2655, 1926.

COLSTON I. AC. e W. W. SCOTT. *Horseschoe Kidney with especial Reference to the Importance of preoparative Diagnosy*. Journ. of Urol., vol. 16, n. 5, pag. 319. 1926.

BIANCHINI. *Le anomalie congenite del rene e degli ureteri*. Arch. ital. di Urol., vol. II, fasc. II, 1925.

BOEMINGHAUS H. *Contributo alla clinica del rene a ferro di cavallo*. Arch. f. Klin. Ch., 139, 2/3, 1926.

POSSATI. *Il rene fuso nel quadro radiologico*. Arch. it. di Urologia, vol. II, f. I, 1925.

INFERMERIA PRESIDIARIA DI CATANZARO

Calcolosi renale destra. - Nefrolitotomia.

Dott. ROSARIO SACCO.

Ten. Cat. Alfredo del... Fanteria, di anni 30 da Catanzaro, (settembre 1926).

Anamnesi famigliare: negativa.

Anamnesi remota personale: a tenera età soffrì le malattie esantematiche. A 19 anni fu operato di fistola anale.

Prestò servizio militare durante l'ultima guerra. Riportò ferita al piede sinistro, di cui guarì senza postumi. A 22 anni si infettò di blenorragia, che gli fu curata da uno specialista.

A riguardo dell'attuale malattia riferisce, che nell'agosto 1924, in pieno benessere, dopo una marcia alquanto faticosa, emise urina con sangue. Col riposo a letto e con alcune medicine per bocca l'orina riprese subito il colorito normale. Stette bene per un anno, fino al 15 giugno 1925, epoca in cui fu assalito da una violenta colica renale, che cedette ai comuni calmanti. Rimase una vaga dolentia alla regione lombare destra che, però, gli permise di prestare regolare servizio e di assistere alle manovre estive. Dopo la colica l'urina fu sempre torbida. Il 20 maggio 1926, senz'alcuna causa, per tutta la giornata emise orina sanguigna, ed il 28 maggio fu ricoverato in un Ospedale Militare con diagnosi di pielite. Quivi la malattia fu invece diagnosticata per « cistite » e come tale fu curata con lavande uretro-vescicali.

Il 20 giugno 1926 venne dimesso dall'Ospedale ed inviato in licenza di convalescenza di giorni cinquanta.

Durante la licenza l'orina continuò ad essere torbida ed un altro specialista confermò la diagnosi di cistite.

In questo periodo di tempo venne a consultarmi.

Stato attuale: Individuo di buona costituzione scheletrica con nutrizione generale discretamente conservata; pallido alquanto nella cute e mucose visibili.

L'esame semeiologico dei vari organi, apparati e sistemi è negativo, e la palpazione con manovra di Gujon, non fa notare alterazione di volume e sede nei due reni. Propongo l'esame Röntgen delle regioni renali. La radiografia mette in rilievo: « La presenza di una ombra circolare del diametro di un soldo in corrispondenza della loggia renale destra » (*vedi figura 1ª*).

Il paziente viene affidato ad un distinto urologo per l'esame della funzione renale. Ripetuta la radiografia si ha esito simile al sopradescritto. Quindi vengono praticati la cistoscopia ed il cateterismo degli ureteri. L'esame del campione di orina estratta dall'uretere destro dà assenza di albumina, zucchero assente, urea 12 %, cloruri 5,10 % e nel sedimento si riscontrano molte cellule del rene e della pelvi, moltissimi leucociti isolati ed a zaffo, diverse emazie.

Urina normale a sinistra.

Non viene praticata la pielografia.

Il 18 settembre 1926 procedo alla lombotomia destra. Morfioteronarcosi. Taglio cutaneo dall'angolo costo lombare a due dita traverse al di sopra della spina iliaca antero-superiore. Processo di Bergmann. Incisione degli strati muscolo-aponevrotici e della fascia retro-renale di Zuckerkandl; discissione dell'atmosfera adiposa.

Invano si cerca di lussare il rene, perchè vi si oppongono aderenze sclerotiche perirenali. Per avere maggiore luce reseco la 12ª costola. Esteriorizzato il rene, non si palpa il calcolo nè al tatto, nè con adatta puntura. Decido perciò, con emostasi digitale sul peduncolo, di praticare la nefrotomia postero-inferiore nella linea esangue di Hyrtl.

Coll'aiuto della sonda si riesce a toccare nel polo inferiore del rene il calcolo, che viene subito estratto. Sutura del parenchima e della capsula del rene con catgut. Drenaggio. Sutura a strati degli estremi della ferita.

Decorso postoperatorio: Per i primi tre giorni massimo di temperatura a 38°. Nelle prime 24 ore cateterismo evacuativo; orina ematica. Nessuna emorragia della ferita. All'8° giorno la fasciatura si rinviene bagnata di orina. Per circa 20 giorni dalla ferita, quasi cicatrizzata, continua ad uscire qualche goccia di orina. Quindi la fistola ori-

naria si chiude e la guarigione completa si ottiene dopo trentasei giorni di cura.

Il calcolo estratto (*vedi figura 2a*) ha il volume di una nocciola, di durezza lapidea, con superficie finemente bernocoluta (moriforme), pesa gr. 3 1/2, di colorito nerastro, racchiude tutti i caratteri del calcolo di ossalato di calcio.



FIG. 1.

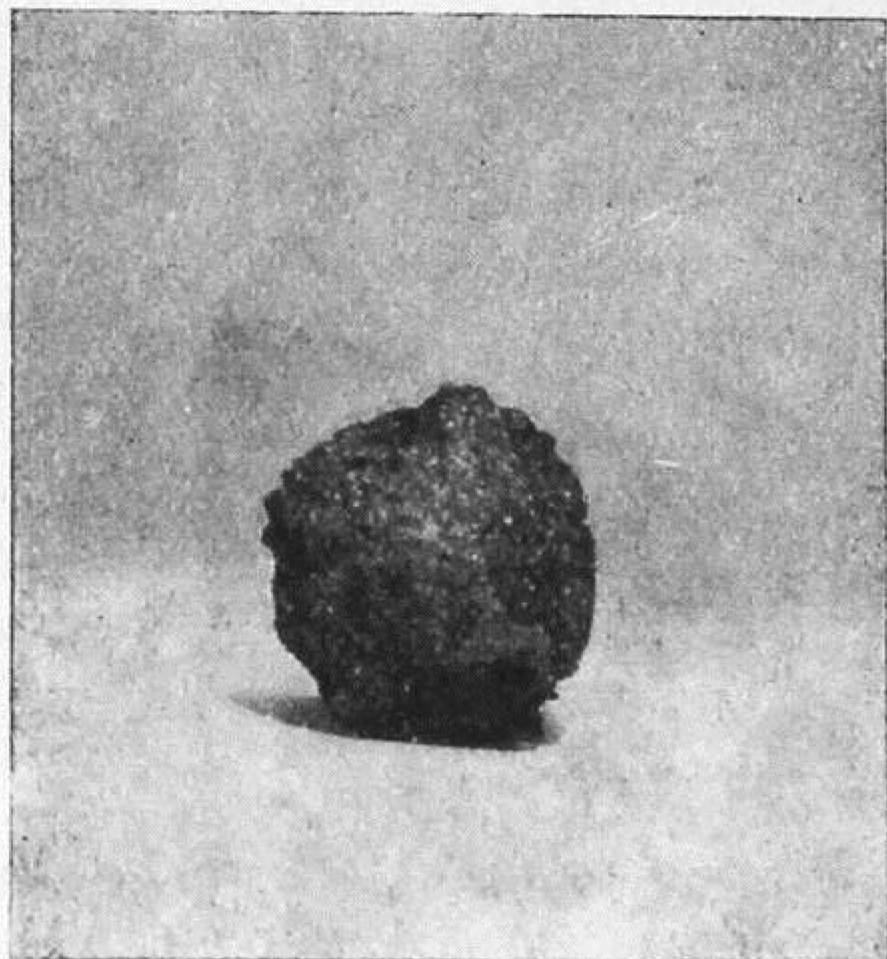


FIG. 2.

Il caso clinico esposto, pur essendo un chiaro esemplare di comune litiasi renale, si presta ad una breve discussione su ciò che riguarda l'evoluzione e la natura del calcolo, la sintomatologia clinica, le modalità dell'intervento chirurgico.

Si sa, che la calcolosi renale, frequente negli adulti e nei bambini, può essere provocata da varie cause etiologiche: traumi alla regione renale con emorragia del parenchima, distoma haematobium, rallentato ricambio: ossaluria ecc. Di solito il nucleo formatore del calcolo è costituito dagli epiteli renali, dai corpuscoli rossi, dalle uova del parassita, attorno ai quali gradatamente si depositano i sali dell'orina. Questi calcoli da Gujon sono chiamati calcoli renali primitivi.

Nel caso in esame, escludendo l'eventualità del trauma, l'esistenza di parassiti, si deve ammettere che vi sia stato in origine un disquilibrio organico verso la diatesi uro-ossalica. Secondo Ebstein le formazioni calcolose non rappresentano semplici precipitati di sali, ma contengono nel loro interno uno stroma costituito da sostanze albuminoidi, originato da una irritazione infiammatoria degli epiteli delle vie urinarie.

Il calcolo estratto di forma ovoidale, del volume di una grossa nocciola, di durezza lapidea, con superficie finemente bernoccoluta (moriforme), di colorito bruno oscuro, non attraversato dai raggi Rotgen, presenta tutti i caratteri del calcolo di ossalato di calcio. Inoltre, l'esame microscopico praticato sulla polvere di un piccolo frammento del calcolo, trattata con acido cloridrico

ed ammoniaca, ha confermato la natura chimica del composto, avendo fatto notare i classici cristalli ottaedrici dell'ossalato di calcio.

Sull'evoluzione è da ritenere, che da lungo tempo il calcolo si sia formato e che abbia cominciato a svelare la sua presenza, quando l'usura del parenchima renale provocò silenziosamente la prima ematuria, alla quale seguì a distanza di tempo la colica e l'emissione di orina sempre torbida. Infatti, la presenza del calcolo in un primo tempo apporta dilatazione della parte bloccata per l'impedimento parziale alla escrezione dell'orina, con possibile emorragia da usura del parenchima ed in seguito costituisce un buon terreno di coltura, potendosi infettare per via ematogena, donde pielite, perinefrite sclerolipomatosa ecc.

Non è il caso di soffermarmi sulla sintomatologia classica della litiasi renale. Mi piace però far risaltare come frequentemente, — anche con una anamnesi evidente come nel caso presente — vi sia chi ritenga per banali piurie vescicali quelle persistenti di origine renale, e le curi insistentemente come tali senz'alcun successo!

« Quando l'orina è torbida da epoca lontana — anche se nei precedenti anamnestici esista un'infezione blenorragica — non si pensi solo alla cistite di varia natura, ma vada il pensiero a calcoli del rene. La radiografia è il miglior mezzo per distinguere; ma purtroppo non tutti i calcoli sono visibili. Tanti voluti cistitici sono ammalati di calcolosi renale! (Gardini).

Affermata dalla radiografia la presenza del calcolo nel rene destro ed avuto il risultato della buona funzione del rene adelfo, fu decisa l'estrazione del calcolo per via lombare.

Pielotomia o nefrotomia?

Se non è esattamente stabilita la sede del calcolo, non si può dire in anticipo la modalità dell'intervento chirurgico da eseguire, perchè è noto che l'atto operatorio cambia a secondo del punto in cui si trova incuneato il calcolo. La sola pielografia permette di localizzare un calcolo nel rene. Essa soltanto fa rilevare se un calcolo è situato nel bacinetto, in un calice o nel parenchima e può anche far discernere un calcolo renale da altre formazioni patologiche, che lo possano mascherare: ghiandole calcificate, fleboliti delle vene renali (Albers, Schomberg, citati da Dondero). Nel caso nostro la pielografia mancava, ed il quadrilatero di Bazzi Mojrand stabiliva approssimativamente che il calcolo non era nella pelvi.

Oggi non si discute più sulla convenienza di usare nella cura della calcolosi renale la pielotomia posteriore, anzicchè la nefrotomia. La prima è operazione facile, benigna, non lede il parenchima renale e non espone ad alcuna emorragia (Marion), mentre la seconda può dare emorragie gravi del rene per sclerosi delle arterie renali, per poca profondità della sutura e per coaguli, che, ostruendo lo uretere, determinano il divaricamento della ferita per accumolo di orina nel bacinetto. (Nicolich, Marvedel). Non si può negare però, che la nefrotomia, quando è imposta da condizioni anatomo-patologiche speciali (calcolo racemoso. oppure calcolo nel parenchima renale) come nel caso descritto, può apportare guarigione perfetta senza complicanze gravi e d'importanza.

BIBLIOGRAFIA.

A. C. DONDERO. Policlinico, Sez. Prat., fasc. 6, 1923.
PAPIN. Paris Médical, n. 31, 1924.
MARION. Journal d'urologie, vol. 13.
MARVEDEL. Zentrabbl Chirurg., n. 34, 1920.
NICOLICH. Riforma medica, sett. 1919.
GARDINI. Corso di urologia. (R. Università di Bologna), anno 1921.

AMBULATORIO UROLOGICO - LA SPEZIA.

La tubercolosi renale a manifestazione esclusivamente vescicale

per il dott. TITO LUCRI.

La tubercolosi renale — qualunque sia la via, o linfatica, o sanguigna, o ascendente dalla vescica al rene, che il bacillo di Koch ha seguito per installarsi nel rene — può manifestarsi in diverse forme di cui le principali sono secondo i giudizi concordi degli urologi del nostro tempo:

1) La forma vescico-renale. Il paziente presenta inizialmente dei sintomi vescicali consistenti in bisogno più frequente di urinare che normalmente, stimolo che aumenta col progredire della lesione tubercolare reno-vescicale, a tal punto da rappresentare nei periodi più avanzati della lesione, un tenesmo penoso con incontinenza urinaria e dei sintomi renali associati consistenti in dolori spontanei o provocati alla palpazione da un lato o dall'altro nella regione costo-lombare; dolori fissi oppure discendenti lungo il tragitto degli ureteri ed aumentati spesso dal lavoro o dalla stanchezza fisica. L'esplorazione renale in questi casi mostrerà sovente un rene aumentato di volume, deformato e a superfici irregolari.

La febbre alta nella tubercolosi renale e a cui dal medico pratico si sente spesso attribuire un valore diagnostico di primo ordine, è eccezionale e rara all'infuori dei periodi di ritenzione purulenta in caverne renali o nel bacinetto stesso.

Si possono notare però piccole elevazioni serali della temperatura (37,5-38) in parecchi casi di tubercolosi renale.

2) La tubercolosi renale può manifestarsi sotto la forma pielo nefritica caratterizzata da una piuria più o meno importante accompagnata da dolori renali, febbre elevata ed aumento di volume del rene. La sintomatologia vescicale in questo caso è assolutamente negativa, nessun disordine esiste nelle funzioni vescicali.

3) La terza varietà della tubercolosi renale è quella a tipo pseudo litiasico così bene descritta dall'amico Lanzillotta nel *Journal d'urologie*, Tom. XVI, n. 5.

L'ammalato ha dolori a tipo colico a carico di un rene o di entrambi così vivi come nella calcolosi renale. Dolori provocati per eliminazione di blocchi caseosi del rene tubercoloso e qualche volta invece dovuti a dei veri fatti di ritenzione pielo-ureterali. Questa forma si presta a degli errori facili colla calcolosi renale sopratutto e questo e frequente osservarsi, se delle incrostazioni visibili alla radiografia esistono nel rene o nelle sue vicinanze.

4) Il tipo di tubercolosi renale a forma ematurica persistente in realtà è piuttosto raro, perchè mentre all'inizio della lesione tubercolare renale l'ematuria è abbondante e frequente si ammette oggi come classico che l'ematuria va diminuendo di intensità nella tubercolosi renale dal momento dell'inizio col progredire delle lesioni. Vi sono tuttavia dei casi rari di tubercolosi renale decorrenti con delle emorragie continue e profuse mentre noi dovremmo in questi casi e sistematicamente pensare più alla neoplasia renale che alla tubercolosi stessa.

Il Sacchi ne ha descritti vari casi nell'*Archivio Italiano di Urologia*.

5) La forma pio nefrotica accennata come le altre nella classifica del Marion altro non è che la forma banale di tubercolosi renale decorsa per lungo tempo senza manifestazioni rumorose e che improvvisamente in seguito ad una infezione banale sopraggiunta assume l'aspetto di pio nefrosi. Nota infatti il prof. Marion che essa è facile sopratutto a constatarsi nelle donne gravide soggette a dei fatti pielo nefritici banali che sovrapponendosi alla lesione tubercolare latente imprimono un decorso assai grave alla manifestazione generale.

6) Infine la tubercolosi renale può manifestarsi, ed è frequente veder questo, attraverso dei sintomi esclusivamente vescicali.

In tutti questi casi l'esplorazione renale resta negativa in modo assoluto. Il malato interrogato minutamente e minuziosamente afferma di non aver mai avuto la benchè minima sensazione dolorosa da parte dei suoi reni come pure con la palpazione e l'espressione della regione renale o del tragitto degli ureteri non si riesce a mettere in evidenza nessun segno doloroso particolare. Spesso l'infermo, specie se la lesione tubercolare è recente, ha sofferto nulla o poco nelle sue condizioni generali.

Nessun aumento di volume dei reni in questo caso, nessun segno obbiettivo o subbiettivo che possa richiamare l'attenzione e del medico e del paziente su una lesione di tale organo. È con grande sorpresa quindi che l'infermo si sentirà, dopo una minuziosa esplorazione renale, affermar una lesione a cui difficilmente subito si adatta data la mancanza di sensazioni di qualunque genere a carico della regione costo-lombare. Malauguratamente per questo ancora oggi si vedono degli ammalati percorrere dei lunghi anni, portatori di lesioni cavernose renali imponenti con delle vere disseminazioni tubercolari dell'urocisti senza che il medico generico o lo pseudo specialista possano o sappiano onestamente consigliare i loro infermi in modo da poterli liberare o sollevare dalle loro torture.

Senza alcuna elementare esplorazione della funzione renale, senza un controllo istobatteriologico delle urine divise, si sono battezzate e curate in un tempo non lontano e, sebbene raramente, ancor oggi, come tali, mentre affatto non lo erano, delle tubercolosi vescicali di origine discendente renale come primitive solo perchè tale denominazione più giustamente pareva rispondere alle manifestazioni cliniche locali. Nella maggior parte dei casi si sente parlare di cistite cronica, cistite ribelle e tutti i trattamenti locali meglio conosciuti e inspirati non apportano alcun risultato positivo. Ma oggi quando dopo un trattamento diligentemente istituito l'ammalato vescicale senza lesioni neoplastiche o litiasiche della vescica, non ristretto e prostatico infetto, senza infezione blenorragica precedente, non ha tendenza a migliorare dei suoi sintomi, è obbligo doveroso di sottoporlo coscienziosamente ad una esplorazione renale attenta e completa e con grande nostra soddisfazione nella maggioranza dei casi troveremo nel rene soprastante la sorgente della manifestazione tubercolare della vescica. Allora intervenendo in un tempo in cui le lesioni vescicali non hanno avuto modo di diffondersi il chirurgo urologo potrà portare un reale e grande vantaggio a dei sofferenti in modo atroce e continuo altrimenti e fatalmente destinati a delle complicazioni irrimediabili della lesione iniziale.

Brevemente riporterò qui sotto, facendoli seguire da note personali, quattro casi di tubercolosi renale a manifestazioni esclusivamente vescicale.

Prevenendo che questo mio scritto è diretto più al medico generico che al vero urologo il quale conosce esattamente la questione, mentre il primo ha la convinzione che la tubercolosi renale sia affezione rara ed eccezionale: invece la pratica giornaliera dimostra che essa è oltremodo frequente ed insidiosa specie nella forma a manifestazioni esclusive vescicali.

CASO I. — B. Giuseppe, di anni 43, impiegato nelle FF. SS., ammogliato, padre di due bambini. Nessuna malattia degna di nota nella sua anamnesi prossima e remota, mai infezione blenorragica e lue Wassermann negativa; da quasi un anno soffre a suo dire nell'urinare: questi disturbi consistono in pollachiuria notturna e diurna ogni ora il giorno ed ogni due ore circa la notte ed emette delle orine leggermente torbide per trasparenza in vetro chiare. L'infermo ha notato nei primi tempi nelle urine lievi stracci catarrali striati di sangue, il bruciore alla fine della minzione, secondo il suo dire, è andato aumentando in questi ultimi tempi. L'ammalato è stato visitato a diverse riprese all'Ispettorato sanitario FF. SS. di Pisa e gli vennero accordati parecchi mesi di cura perchè affetto da nefrite cronica. È stato sottoposto ad un regime latteo prolungato da cui l'infermo asserisce di non aver trovato nessun vantaggio anzi, a suo dire, si trova più indebolito di forze e stanco.

Novembre 1924. Il dottor Ricci Valerio, medico curante, me lo invia per l'esplorazione del caso.

Esame urologico. — Urine torbide pallide a reazione acida, uretra libera, nulla alla prostata ed ai testicoli ed epididimi. La palpazione dei reni e l'espressione della regione costo-lombare non mette in evidenza nessun punto doloroso. Il rene non si palpa, la pressione del tragitto ureterale bilaterale ai punti classici non risveglia nessuna sensazione particolare. L'esame microscopico delle urine totali raccolte in vescica mediante sondaggio asettico e lungamente centrifugate mostrano una piuria abbondante ed elementi renali.

Propongo all'infermo una cistoscopia con cateterismo degli ureteri e funzionalità renale che viene praticata da me il giorno 4 dicembre 1924.

Eccone i dati relativi:

Vescica capacità 130 cmc. Orificio ureterale sinistro edematoso con una vasta exulcerazione al disopra dell'orificio stesso; piccole soffusioni emorragiche nell'emitrigono sinistro, orificio ureterale destro normale; null'altro di notevole in vescica; cateterismo facile bilaterale; sonde Eynard n. 13, le sonde rimontano a destra 25 cm. a sinistra 18, capacità del bacinetto di destra 12 cmc., a sinistra si raccolgono 28 cmc. di ritenzione di urine pallide e torbide.

Esame funzionale:

Rene destro: rari leucociti; numerose cellule epiteliali; urea al litro in gr. 13,92; urea quantità eliminata in gr. 0,94; cloruri al litro in grammi 13,78; cloruri quantità reale eliminata gr. 11; prova della Fsp 43 %; urina quantità realmente eliminata gr. 68.

Rene sinistro: cellule epiteliali; pus abbondante; bacilli di Koch in piccola quantità; urina quantità realmente eliminata gr. 43; urea al litro in gr. 3,25; urea quantità eliminata in gr. 0,13; cloruri al litro in gr. 6,25; cloruri quantità reale eliminata gr. 0,25; prova della Fsp 10 %.

Diagnosi. — Tubercolosi renale sinistra con buona funzione del rene destro — operazione 22 gennaio 1925 — morfio cloro narcosi. L'ammalato è stato operato da me stesso coll'aiuto del dottor Angelo Lucri; di nefrectomia sinistra.

Al rene presenta un poco di perinefrite al livello del polo superiore. Al taglio del pezzo operatorio si nota una caverna grossa come una nocciola al polo inferiore del rene e diffuse per la sostanza corticale numerose granulazioni grigie. Seguito operatorio normale. L'ammalato dopo 24 giorni esce dall'ospedale completamente guarito; le condizioni vescicali sono notevolmente migliorate, più tollerabile il dolore e il bruciore, più rare le minzioni; le urine si sono fatte più chiare. Gli pratico per qualche tempo delle istillazioni vescicali di olio gomenolato al 25 % 10 cmc.

Maggio 1925. L'ammalato è notevolmente migliorato dei disturbi vescicali: urina due volte la notte, ogni tre ore al giorno; è stato riassunto in servizio nelle FF. SS e compie lavori di una certa fatica senza risentirne il minimo disturbo.

Una cistoscopia di controllo praticatagli in questo tempo mostra una netta regressione delle lesioni tubercolari dell'emitrigono sinistro dove permane solo qualche lieve soffusione emorragica ed edema della papilla.

Dicembre 1926. L'infermo gode ottima salute e compie nuovamente il suo servizio nelle FF. SS. come avanti di ammalarsi.

Riassumendo: Tubercolosi renale a manifestazione esclusivamente vescicale, dove solo un intervento rapido ha potuto guarire completamente l'infermo delle lesioni tubercolari vescicali.

Condizioni generali dell'infermo ottime dopo l'intervento chirurgico e buone durante le manifestazioni vescicali tubercolari.

CASO II. — Riguarda la signora C. E., di anni 28, che da oltre tre anni è in cura del proprio medico per cistite ribelle.

Mai infezione blenorragica nel marito. Da tre anni a questa parte la inferma presenta dei disturbi a carico dell'apparato urinario consistenti in bisogni più frequenti di urinare che normalmente tanto il giorno quanto la notte. Essa urina, così mi riferisce, ogni due ore il giorno e tre volte la notte. Da qualche tempo a questa parte, un anno circa, il bisogno di urinare, tanto diurno che notturno, si è fatto più frequente specie dopo lo strapazzo fisico. Nel febbraio 1926, essa urina ogni mezz'ora il giorno ed ogni ora la notte ed ogni minzione è accompagnata da un tenesmo insopportabile e qualche volta da incontinenze di urine. Questa pollachiuria non è sensibilmente influenzata dal riposo. L'inferma mi dice di soffrire anche nell'intervallo delle minzioni, delle sofferenze consistenti in un senso di peso doloroso del basso ventre che si propaga verso la radice delle cosce specialmente quando la vescica è piena. Il medico curante le ha fatto praticare delle lavande vescicali di permanganato di potassio a diversi titoli e l'inferma dice di avere avuto in seguito a queste lavande durante questi tre anni dei periodi di lieve remissione dei suoi disturbi. Solo in questi ultimi

tempi dette lavande non le hanno apportato nessun giovamento. Mai ebbe dolori spontanei o provocati nella regione costo-lombare, mai coliche nefritiche, mai emissione di sabbie o calcoli vescicali. Ha notato la paziente, nei primi tempi dell'inizio dei suoi disturbi, l'emissione al termine della minzione di qualche goccia di sangue e specie nei primi tempi le urine sono state ad intervalli leggermente colorate in rosa.

Ebbe a consultare altri due medici ma con lo stesso esito giacchè i suoi disturbi furono battezzati per cistite cronica e le furono prescritti trattamenti locali in vescica senza che ella ne abbia tratto alcun vantaggio. Durando questo stato di cose il 28 marzo 1926 essa viene a consultarmi spontaneamente.

Esame generale. Paziente di buone condizioni fisiche generali, nessuna lesione a carico dell'apparato circolatorio, respiratorio e digerente. A 15 anni ebbe a soffrire di adenite cervicale superata che lasciò un tragitto fistoloso chiusosi dopo circa sei mesi.

Esame urologico. Palpazione ed ispezione dei reni e tragitti ureterali bilaterali negativo in modo assoluto, non dolori o sensazioni speciali alla pressione delle regioni renali e alla compressione dei vari punti ureterali.

Reni clinicamente impalpabili. Pratico all'inferma una cistoscopia e un cateterismo degli ureteri. Urine pallide e torbide con deposito abbondante di pus in fondo al bicchiere. Vescica capacità ridotta 70 cmc. Alla cistoscopia si nota che l'urocisti presenta nella regione del trigono ed in special modo nell'emitrigono sinistro ulcerazioni leggermente sopraelevate circondate da un alone rosso e con un fondo ricoperto di poltiglia giallo grigiastra. L'orificio ureterale sinistro è oltremodo difficile a cateterizzarsi perchè si confonde e scompare quasi nell'edema ulcerato ed estremamente marcato della regione ed è solo con pazienza dopo un certo periodo di tempo che si riesce a cateterizzare. A destra orificio uretrale leggermente edematoso, cateterismo più facile.

Esame funzionale ed istobatteriologico delle urine divise:

Rene destro: Qualche emazia, cellule epiteliali, numerosi cristalli di calcio; urina quantità in gr. 41; urea al litro gr. 28,20; urea quantità realmente eliminata gr. 1,15; cloruri al litro in gr. 12,87; cloruri quantità realmente eliminata gr. 0,52; prova della ftaleina 38 %.

Rene sinistro: Pus, bacilli di Koch, cellule epiteliali rotonde, numerosi bacilli banali; urina quantità in gr. 10; urea al litro gr. 11,12; urea quantità realmente eliminata gr. 0,011; cloruri al litro in gr. 7,03; cloruri quantità realmente eliminata gr. 0,07; prova della ftaleina 3 %.

Diagnosi. — Tubercolosi renale sinistra con integrità assoluta del rene destro.

L'ammalata viene operata dal prof. Francini chirurgo primario dell'ospedale di Fivizzano il giorno 24 aprile 1926; viene tolto un rene sinistro tubercolare che al taglio presenta caverne multiple; seguito operatorio normale, leggera tubercolizzazione della ferita chirurgica, l'ammalata nota miglioramento dei disturbi vescicali solo dopo qualche mese e nonostante un trattamento intenso fattole localmente con istillazioni vescicali di olio gomenolato al 25 % ed applicazione di raggi ultra-violetti sull'urocisti. Attualmente, ottobre 1926, l'ammalata è migliorata in modo notevole nelle condizioni vescicali, urina ogni tre ore al giorno e due volte la notte con pochissimo disturbo, quasi nullo il bruciore. Urine perfettamente limpide, persiste solo leggero tragitto fistoloso alla regione costo-lombare in via di cicatrizzazione completa.

Riassumendo questa osservazione la credo oltremodo interessante perchè al contrario della prima sta a dimostrare che più tardi è riconosciuta la lesione renale tubercolare, meno prontamente gli ammalati risentono nelle condizioni vescicali dell'ablazione del focolaio tubercolare soprastante e di conseguenza meno rapidamente regrediscono le lesioni tubercolari della vescica in quanto più ampiamente e più profondamente esse hanno avuto luogo e tempo di alterare il serbatoio vescicale stesso. Solo una diagnosi precoce e di conseguenza un precoce intervento ci metteranno al riparo degli strascichi penosi dell'infezione tubercolare.

CASO III. — B. C. di Pontassieve, a. 32.

Da oltre 3 anni e mezzo soffre di disturbi nell'urinare, bruciore forte al termine della minzione, stimolo più frequente di urinare che normalmente, ogni ora e mezzo al giorno, ogni tre ore circa la notte. Mai il marito ebbe infezione blenorragica. Nei primi tempi ella ha emesso qualche goccia di sangue sul finire della minzione ed il bruciore, a suo dire, è andato rapidamente aumentando nei primi tempi, fino a rendersi stazionario dopo qualche mese, subendo dopo i trattamenti locali delle leggere varianti e migliorie; ma al sospendere di ogni trattamento esso si fa più vivo e più penoso che mai. Ha consultato in diverse riprese, a Firenze, un noto urologo da cui è stata lungamente curata per tubercolosi vescicale primitiva con iniezioni di tubercolina di Koch sottocutanee, olio gomenolato in vescica, bleu di metilene *per os* e cure ricostituenti generali. Ha praticato in questi ultimi tempi sempre per consiglio del medico curante una cura elioterapica in una spiaggia marina, ma contrariamente a quello che si attendeva dopo il soggiorno marino e dopo il trattamento elioterapico ella ha visto comparire delle febbri a brivido ad alta curva e nettamente remittenti. Viene a consultarmi spontaneamente il 18 agosto 1926.

Esame generale. Soggetto di scadenti condizioni fisiche con masse muscolari ipotoniche, mediocre oligoemia, nulla di morboso all'apparato respiratorio e circolatorio, mediocre grado di atonia gastrica.

Esame urologico. Urine pallide, torbide, con forte deposito purulento in fondo al bicchiere. Cistoscopia e cateterismo degli ureteri. Vescica capacità ridotta cmc. 70. Alla cistoscopia si notano ulcerazioni multiple tubercolari in via di riparazione con aspetto cicatriziale dell'orificio ureterale sinistro che è piccolissimo e puntiforme. Orificio ureterale destro leggermente edematoso. Trigono biancastro con striscie cicatriziali, cateterismo difficile per la ridotta capacità vescicale e per la difficoltà reale dovuta all'introduzione del catetere nel meato ureterale sinistro. Si riesce a fare il cateterismo adoperando una sonda oltremodo piccola e nonostante questo

si riesce a salire per circa 10 centimetri solamente. A destra cateterismo più facile sonda Eynard n. 12.

Ritenzione di 20 cmc. nel bacinetto renale sinistro di urina pallida acquosa, e purulenta. Sonda vescicale durante la prova del funzionamento renale.

Rene destro: emazie, cellule epiteliali, rari leucociti; urea quantità totale in gr. 71,5; urea al litro in gr. 11,28; urea quantità realmente eliminata gr. 0,80; cloruri al litro in gr. 12,87; cloruri quantità eliminata 0,92; prova della ftaleina 43 %.

Sonda vescicale: pus; emazie; urea quantità totale in gr. 10; urea al litro in gr. 5,25; urea quantità realmente eliminata gr. 0,05; cloruri al litro in gr. 7,80; cloruri quantità eliminata 0,07; prova della ftaleina 5 %.

Rene sinistro: qualche emazia; pus abbondante, cellule epiteliali, sali di calcio; urea quantità totale in gr. 21; urea al litro in gr. 4,18; urea quantità realmente eliminata gr. 0,08; cloruri al litro in gr. 6,70; cloruri quantità eliminata 0,14; prova della ftaleina 8 %.

Diagnosi. — Tubercolosi renale sinistra con integrità assoluta del rene destro.

L'ammalata è operata nell'ospedale civile di Spezia il giorno 10 settembre 1926.

All'esame anatomo-patologico del rene tolto si nota: pio nefrosi tubercolare a caverne multiple del rene sinistro. Seguito operatorio normale. L'ammalata esce completamente guarita dopo 17 giorni. Miglioramento notevole dei disturbi vescicali, come pure si nota dopo una quarantina di giorni un sollevamento evidente nelle condizioni generali dell'inferma.

L'ammalata mi ha scritto in questi giorni 28 novembre 1926 essere aumentata di 3 chili di peso — avverte ancora lievi disturbi nella minzione rappresentati sopratutto da un lieve bruciore nel finire, fatto questo facile a comprendersi date le gravi alterazioni delle tuniche mucose muscolari della vescica in specie, e dato il lungo periodo in cui l'infezione tubercolare ha svolto l'opera sua lenta e deleteria. Guarendo completamente delle lesioni tubercolari vescicali in questa paziente certamente persisteranno ancora dei disturbi vescicali di una certa importanza legati non al fatto infiammatorio banale e specifico ma alla diminuzione di capacità del serbatoio stesso di natura cicatriziale, associata ad uno stato nevralgico più o meno importante secondo lo stato nevropatico del soggetto.

CASO IV. — L'ultima osservazione interessante sotto diversi punti di vista riguarda un bambino di anni 11 A. G. che da due anni e mezzo a questa parte come mi riferisce la madre è preso da incontinenza di urina spesso notturna ma qualche volta anche diurna. Il bambino è obbligato di urinare ogni ora od anche ogni mezz'ora specie se si affatica, durante il giorno e due volte la notte. Questa pollachiuria preceduta da lieve ematuria tre anni or sono subisce delle modificazioni notevoli sempre al dire della madre del piccolo paziente, tanto da cessare alle volte completamente e da dare l'illusione che il bambino sia guarito completamente dei suoi disturbi. Il soggiorno marino specialmente avrebbe questa benefica influenza. Curato con alterna vicenda, prima per un generico riscaldo vescicale banale, poi per disturbi vescicali attribuiti ad elminti intestinali fu consigliato ultimamente da un medico suo parente a farsi eseguire una cisto-radiografia per accertarsi dell'eventuale presenza di calcoli nella vescica. Eseguita la cisto-radiografia nel mio gabinetto radiologico previa immissione di soluzione al 20 % di bromuro di sodio gr. 85. Essa fu completamente negativa dal punto di vista della litiasi vescicale. L'esame delle urine totali prelevate mediante sondaggio asettico e centrifugato lungamente dimostra nel sedimento centrifugato la presenza di numerosi globuli di pus, assenza di microbi banali e di bacilli di Koch. L'esplorazione renale è negativa sotto ogni punto di vista, palpazione ed espressione delle regioni costo-lombari negative, nessun più piccolo dolore si risveglia con la pressione sui punti ureterali superiore, medio, inferiore. Nulla ai testicoli ed epididimi. Pratico il giorno 12 novembre 1926 sotto narcosi eterea una cistoscopia con cistoscopio esploratore di Loewenstein a un solo catetere ureterale e la cistoscopia dimostra numerosi tubercoli all'emitrigono sinistro diffusi intorno al meato e nella zona sotto e sopra meatica circondati da una zona circolare di cistite intensa limitatamente sempre però all'emitrigono sinistro. La mucosa è talmente congestionata che assume *in situ* un colore roseo vinoso. Si vede bene l'orificio ureterale sinistro circondato da una zona di edema finemente bolloso. Cateterizzo prima l'orifizio ureterale stesso con una sonda Eynard per bambini, e prelevo dal lato sinistro 8 centimetri cubici di urina campione, urina pallida leggermente torbida su cui verranno eseguite le prove di cui in seguito. Osservando dopo la metà destra della vescica essa presenta una mucosa rosea piuttosto pallida senza alterazioni di colore e di forma visibili. Cateterismo ureterale normale a destra con prelevamento di 7 cmc. di urina limpida perfettamente.

Esame isto-batteriologico delle urine divise:

Rene destro: urina prelevata cmc. 7; concentrazione in gr. di detta urina gr. 14 ‰ urea; prova della ftaleina globale nei 70° (cioè iniezione endovenosa e prelevamento attraverso una sonda vescicale) 47 %.

Esame isto-batteriologico:

Rene destro: cellule epiteliali, emazie, rari leucociti e cristalli di calcio.

Rene sinistro: urina prelevata cmc. 8; concentrazione in gr. di detta urina gr. 14 ‰; urea al litro gr. 2,28 ‰; prova della ftaleina globale nei 70° (cioè iniezione endovenosa e prelevamento attraverso una sonda vescicale) 47 %.

Esame isto-batteriologico:

Rene sinistro: pus, sangue abbondante, bacilli di Koch, non bacilli banali.

Conclusione diagnostica. — Le lesioni vescicali localizzate all'emitrigono sinistro con alterazioni della papilla ureterale e diffusione di noduli tubercolari attorno ad essa, la presenza di pus nelle urine divise a carico del rene sinistro, l'abbassamento e riduzione notevole dell'eliminazione ureica sopratutto del rene sinistro comparativamente al rene destro e la presenza dei bacilli di Koch nelle urine provenienti dal rene sinistro, parlano senza dubbio per una lesione tubercolare renale sinistra con diffusione alla vescica del processo specifico. Per sopra più e nell'attesa di rimontare le forze generali del piccolo infermo

fortemente scadute per un regime inadatto a cui da lungo tempo era sottoposto (regime latteo e vegetariano) con esclusione assoluta di sostanze albuminoidi ed azotate, è stata praticata la prova biologica nella cavia per quanto non esista nessun dubbio a riguardo della lesione renale tubercolare. Appena rimesso fra non molto esso sarà operato di nefrectomia sinistra.

Concludendo siamo in presenza di una forma di tubercolosi renale infantile a manifestazione ancora esclusivamente vescicale per cui è stato facile nell'assenza di altri segni più precisi, di commettere l'erronea impostazione diagnostica di cistite banale ribelle collegata in un primo tempo ad una elmintiasi intestinale ed in ultimo alla presenza di calcoli nel serbatoio vescicale. In questo caso poi nonostante il lungo periodo di tempo in cui la lesione ha potuto evolvere senza essere clinicamente ed obiettivamente rilevata al momento della diagnosi urologica la lesione è ancora nettamente unilaterale perchè come giustamente rileva il Marion, nel suo *Traité d'urologie* a pag. 276, la bilateralità della tubercolosi renale nei bambini è molto più facile e più frequente ad osservare che nell'adulto.

Personalmente però io non sono così assoluto nel porre l'indicazione operatoria di fronte anche al punto di vista della bilateralità della lesione, cioè tubercolosi manifesta e conclamata di un lato con lesioni iniziali dell'altro, argomento questo che mi prometto di trattare lungamente con un ampio lavoro di casistica sulla nefrectomia nella tubercolosi renale bilaterale, perchè per esperienza personale ho visto in questi casi di lesioni tubercolari bilaterali trovare giovamento durevole e guarigione certa dalla nefrectomia del rene più leso.

Altre osservazioni mie personali di tubercolosi renale a manifestazioni vescicali, potrei continuare a pubblicare ed altre ancora che ogni collega urologo ha potuto notare e nota spesso nell'esercizio della propria professione, ma credo che i casi sopracitati siano sufficienti per richiamare l'attenzione del medico generico e pratico ed anche forse quello, benchè raro, di qualche collega urologo, sulla importanza e sulla frequenza spesso misconosciuta della tubercolosi renale a sintomi esclusivamente vescicali, e sull'importanza del cateterismo degli ureteri e della funzione renale senza di cui non può esistere oggi chirurgia renale veramente utile e fattiva.

Passando a trattare adesso, brevemente, delle cause per cui la tubercolosi renale sfugge all'esame clinico ed obiettivo, solo insidiosamente manifestandosi attraverso i segni vescicali, credo di citare fra le più importanti, le seguenti:

1) La mancanza o scarsezza di peri nefrite intorno al rene, motivo dell'ingrossamento del rene leso per cui si rende facilmente palpabile nella regione costo-lombare e contribuisce in parte alla dolenzia risvegliata alla pressione.

I grossi reni sono abitualmente dei reni lesi con delle peri nefriti abbondanti, e manifeste.

2) La presenza di dolore spontaneo o provocato nel rene tubercolare è cagionato dalla migrazione nell'uretere di frammenti caseosi provenienti dall'apertura di granulazioni grigie o da ascessi del rene oppure da una ritenzione di urina purulenta nel bacinetto renale o lungo il condotto ureterale.

Secondo qualche autore i dolori potrebbero ancora essere l'espressione di un riflesso nervoso dovuto ad un'alterazione del plesso nervoso del bacinetto e dell'arteria e vena renale.

Per spiegare la frequenza con cui la tubercolosi renale si manifesta solo attraverso i segni vescicali bisogna invocare l'infezione dal rene alla vescica per la via sanguigna, ragione questa della regressione quasi costante delle manifestazioni vescicali dopo la soppressione della localizzazione tubercolare del rene. Meno frequente per quanto possibile pare l'infezione della vescica per discesa dal rene di materiali purulenti e di bacilli di Koch infettanti.

Diagnosi: In un paziente affetto da cistite recidivante e spontanea senza causa apparente capace di procurarla e sostenerla dobbiamo sempre pensare alla natura tubercolare della lesione e si rende necessaria in questo caso una esplorazione completa della funzione renale con cistoscopia, cateterismo degli ureteri ed esame isto batteriologico delle urine divise.

Esami complementari possono essere ancora la radiografia che qualche volta ci mostrerà un rene tigré e così pure la pielografia, esami tutti questi perfettamente complementari e non indispensabili perchè come giustamente ha dimostrato e sostenuto in una brillante pubblicazione il dottor Mario Negro, la pielografia del rene tubercolare, quando il rene stesso ha subito delle profonde alterazioni, perde buona parte del suo valore dimostrativo, giacchè vi sono delle così grandi cadute comparativamente al rene sano delle maggiori eliminazioni renali (urea, cloruri, e ftaleina) che la diagnosi s'impone nettamente.

RIASSUNTO E CONCLUSIONE.

Riassumendo queste brevi note ed il suo concetto devo dire che la tubercolosi renale è molto frequente.

Marion dice che un quinto dei malati ospedalizzati in un servizio urinario è affetto da tubercolosi dei reni. La tubercolosi renale può colpire con la stessa frequenza tutti gli individui dei due sessi e di ogni età; dall'infanzia crescendo con una parabola ascendente fin verso i 40 anni e diminuendo gradualmente sino alla vecchiaia.

Esistono nella tubercolosi renale al periodo di stato diverse forme già descritte. La più ingannevole e subdola è la forma a manifestazioni esclusivamente vescicali, affezione ancora mal conosciuta da una gran parte dei medici generici; essa è responsabile di sofferenze infinite agli infermi e solo un intervento precoce sul rene leso permetterà di far regredire le lesioni vescicali sottostanti; più rapido sarà l'intervento dall'inizio dell'infiltrazione tubercolare vescicale tanto più brillanti e duraturi saranno i successi.

Come conclusione io credo che si possa porre questa formola che cioè quando un paziente di qualunque sesso ed età, qualunque siano le sue condizioni generali, non affetto da restringimento uretrale o da ipertrofia prostatica infetta, senza neoplasie o litiasi vescicali, senza precedenti infezioni blenorragiche, presenta dei disturbi vescicali spontanei, non scomparenti radicalmente con una cura locale ben indirizzata e scientificamente diretta, con alternative di miglioramenti e peggioramenti, l'infermo avrà una grandissima probabilità di essere affetto di manifestazioni tubercolari della vescica e ben risapendo la rarità ed eccezionalità della tubercolosi vescicale primitiva, ci incombe l'obbligo di ricorrere ad una attenta e minuziosa esplorazione renale che il più delle volte ci darà la diagnosi precisa e matematicamente certa.

Stabilita la localizzazione renale e la funzione renale sufficiente del rene non resterà altro come trattamento radicale che di nefrectomizzare l'infermo il più rapidamente possibile.

OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITÀ IN NOVARA
SEZIONE DERMOSIFILOPATICA.

Nefrosifilosi ed itteri sifilitici precoci

per il dott. prof. M. ARTOM, primario.

In una precedente nota (1) dedicata alle splenomegalie nel periodo preroseolico della sifilide, accennavo all'esistenza non infrequente di lesioni viscerali luetiche durante tale stadio e ne deducevo conferma del concetto che già durante il così detto periodo primario della lue avvenga la disseminazione della spirocheta nell'organismo, l'annidamento di essa nei diversi visceri in genere, nella milza in particolare, e affermavo doversi considerare il periodo primario non come un periodo di stato durante il quale la sifilide esiste come affezione locale, ma come un periodo di evoluzione ricco di manifestazioni morbose di ogni genere.

L'osservazione accurata di tutti i luetici in periodo preumorale presentatisi dopo la pubblicazione della precedente nota, non solo mi ha confermato i concetti allora espressi intorno alle splenomegalie luetiche, ma mi ha dato anche modo di raccogliere i casi che ora riferisco, i quali, pur avendo altre caratteristiche cliniche servono come conferma di quanto là affermavo.

Si tratta di tre malati con lue iniziale presentanti l'uno una nefropatia, gli altri ittero.

*
* *

L'esistenza di un'azione della lue acquisita sui reni fu per molto tempo ignorata ed all'inizio fu considerata solo possibile la nefropatia terziaria. Soltanto nel 1864 Jaccoud (2) per primo descrisse due casi di sifilide renale del periodo secondario e assai dopo Perroud (3), Mauriac (4), Descouts (5) accennarono a casi di albuminuria sifilitica precoce. Si devono al Drysdale (6) i primi chiari dati sull'argomento e la distinzione netta tra nefriti sifilitiche precoci e nefriti tardive. Successivamente i casi osservati si moltiplicarono e, malgrado le critiche di Güntz (7) che volle attribuire al mercurio la causa dell'insorgere della malattia, di Frerichs (8) che considerò la nefropatia indipendente da un'azione diretta della lue, ma dovuta soltanto alla cachessia che a questa si accompagna, di Roberts (9) che negò l'esistenza di una nefrite sifilitica, numerosi autori (Dieulafoy, Jeanselme, Neumann, Parkes-Weber, Tach, Theodoresco, Audry, Bauer, ecc.) dimostrano la azione della lue sul rene fissando le caratteristiche sia cliniche, sia anatomo-patologiche delle conseguenze di tale azione. Quasi tutti questi autori però riferirono casi di nefrosifilosi del periodo secondario; è assai recente l'inizio delle osservazioni di albuminurie preroseoliche, di affezioni renali precedenti l'apparizione di accidenti secondari.

Ed invero la partecipazione precoce del rene alla setticemia luetica iniziale non è molto frequente, e la nefrosifilosi è tanto più rara quanto più è precoce. Mauriac (4) la considera assai meno frequente che le encefalopatie e le osteopatie precoci. Dumet (10) su 500 malati con sifiloma osservati nell'ambulatorio del St. Louis trovò solo 2 casi di albuminuria da lue. Schwemmer (11) e Weländer (12) misero con ricerche statistiche in luce la rarità di tale complicanza della sifilide primaria. Quanto all'epoca di comparsa delle nefrosifilosi si può affermare che questa compare nell'epoca stessa in cui sono di solito descritte le altre affezioni viscerali legate alla setticemia treponemica. Baudouin (13) l'osservò 21 giorni dopo il sifiloma, Bonnamour (14) 15 giorni, Muhlig (15) 14 giorni, Wagner (16) 30 giorni, Talamon e Lecorchè (17) 15 giorni. Audry (18)

descrisse tre casi di cui due comparsi 3 settimane e uno 25 giorni dopo il sifiloma. Gaucher (19) osservò nefrosifilosi 15 giorni dopo il sifiloma. Courmont e Cade (20) 15 giorni prima della roseola. Zieler (21) e Mestscherski (22) osservarono nefrosifilosi comparse quasi contemporaneamente alle manifestazioni secondarie.

La produzione dell'albuminuria è, secondo alcuni, dovuta all'azione diretta dei treponemi portati in focolai disseminati nel rene al momento della generalizzazione dell'infezione (ipotesi questa corroborata dalla constatazione di Levaditi dimostrante la presenza di spirochete nei glomeruli e nei tubuli dei reni degli eredo-luetici), secondo altri è dovuta a veleni solubili elaborati dalle spirochete producenti citolisi protoplasmatica e lesioni endoteliali favorenti il costituirsi d'una nefrite glomerulare.

La rarità delle nefrosifilosi come complicanza di un'affezione così estesa quale la lue, dimostra la resistenza indubbia che offre il rene, maggiore di quella propria di altri organi, e giustifica l'opinione di alcuni autori per i quali le nefropatie nella sifilide primaria sarebbero dovute ad una diminuita resistenza del filtro renale legata o ad altre circostanze patologiche che anteriormente hanno leso il rene o a fattori costituzionali determinanti una debolezza renale congenita.

Le forme cliniche descritte sono: l'albuminuria semplice o forma benigna precoce e la vera nefrite acuta o subacuta preroseolica. La prima è la più leggera manifestazione renale della sifilide, essa non determina turbe funzionali o ne determina di così lievi da passare inosservate: si ha lieve edema palpebrale al mattino, qualche volta un po' di edema malleolare. Spesso solo l'esame delle urine, svelando la presenza di albumina può rivelarne l'esistenza. L'eliminazione dell'urea, i rapporti azoturici sono di solito normali, l'esame microscopico generalmente non dimostra presenza di cilindri granulosi. Essa dura di solito breve tempo, non più di un mese, cede rapidamente alla terapia specifica.

La seconda forma ha come caratteristica un complesso sintomatologico di vera nefrite, anzi sono assai spesso i sintomi di questa che inducono il paziente, il quale ignora l'esistenza della sifilide, a ricorrere a cure mediche. I primi segni notati dai pazienti sono edemi che appaiono senza dolori, insidiosamente, alla faccia od ai malleoli; successivamente l'edema può generalizzarsi, costituire l'anasarca. Compaiono segni di piccola uremia ma essi non sono mai tipici o predominanti nel complesso sintomatologico; possono comparire turbe gastroenteriche, dispnea, febbre, tachicardia, ecc. Il tasso albuminico delle urine è di solito alto, nel sedimento si trovano cilindri granulosi, cellule dell'epitelio renale, leucociti, globuli rossi. In alcuni casi fu anche notata l'esistenza di spirochete nel sedimento delle urine; tale reperto, Pierre, Paul Levy e Guilhé (23), Hoffmann (24) ed altri ebbero in casi di nefropatia luetica e Fiessenger ed Huber (25) confermarono discutendo il valore della treponemuria nella sifilide specialmente nei rapporti con i reperti di spirilli comuni nelle urine studiati da Stoddart E. James (26).

Il caso che è stato da me osservato sta come esempio del primo tipo di nefrosifilosi del periodo primario.

Si tratta di una ragazza di 18 anni che si presenta al nostro ambulatorio il 14 marzo 1927 per una lesione alla forchetta resistente alle cure prescrittele dal suo sanitario. L'inizio dell'ulcerazione risale a 14 giorni, e tale data di comparsa dell'ulcera è in questo caso confermata dal fatto che 18 giorni prima della visita attuale la paziente è stata accuratamente già visitata senza che fosse stata riscontrata alcuna manifestazione. L'ultimo coito risalirebbe a 26 giorni. L'ulcerazione indurita alla base, indolente, delle dimensioni di una lenticchia, ha le caratteristiche cliniche del sifiloma; un esame microscopico, dimostrando l'esistenza di numerose spirochete nella sierosità che geme da essa conferma tale diagnosi. Si ha adenopatia inguinale bilaterale prevalente a sinistra ove si palpa un ganglio grosso come una noce, indoloro, senza segni di infiammazione.

L'esame dell'urina dimostra una notevole quantità di albumina. L'ammalata non sa se tale albuminuria precedesse il suo contagiarsi di lue, non ha però mai avuto alcuna affezione degna di nota a cui possa imputarsi l'albuminuria, la sua statura e la costituzione sono regolari, non ha alcuna deformazione scheletrica nè alcuna turba dei vari organi ed apparati. Le glandole cervicali, occipitali, epitrocleari non si palpano, la milza non pare ingrossata, l'area epatica è normale. Le pupille sono uguali, la reflettività pupillare è normale, come pure sono normali gli altri riflessi sia superficiali che profondi. Non esistono edemi, solo la malata accusa notevole stanchezza, depressione fisica, un po' di cefalea e tristezza profonda. La Wassermann e la Meinicke (M. T. R.) sono negative. La pressione massima è 140, la minima 100. Polso 80. All'Esbach si dimostra 1 gr. di albumina nelle urine. Queste sono torbide, scure; il volume di esse nelle 24 ore è di 740 cmc. Non vi è zucchero nè acetone. L'urea ha un tasso del 29.9 %. Azoto totale 39.10. Rapporto azoturico 80 %. L'esame microscopico del sedimento dimostra presenza di rari globuli rossi, linfociti e cellule dell'epitelio uretro-vescicale, non elementi renali, non cilindri; numerosi strisci del sedimento vengono colorati col metodo di Fontana per la ricerca del treponema, ma si ha reperto negativo.

L'esame funzionale dei reni dà il seguente risultato: Prova della diluizione (Kövesi e Schultz) e prova della concentrazione (Volhard) normali.

Prova della fenolsulfonftaleina: normale. L'eliminazione del bleu di metilene iniettato inizia dopo un'ora e 30' ed è massima dopo 5 ore. Urea nel sangue 0.50 ‰.

Durante 4 giorni di osservazione le condizioni della malata si mantengono stazionarie. Si inizia quindi cura salvarsanica. Dopo la prima iniezione di 15 ctgr. di neosalvarsan si ha già un miglioramento notevole delle condizioni soggettive; le orine sono più chiare, l'eliminazione nelle 24 ore è di 1200, il tasso albuminico di 0.5 gr. Si prosegue la cura e dopo la terza iniezione di neosalvarsan sono scomparsi tutti i segni dell'affezione renale. L'ulcera vulvare è perfettamente chiusa, la malata in completo benessere. Essa viene seguita ed osservata nell'ulteriore corso della cura senza che mai venga notata la ricomparsa di sintomi di nefropatia.

Sull'ittero sifilitico primario la letteratura è pressochè muta. Mentre è frequente l'osservazione dell'ittero comparente precocemente durante il periodo secondario o coincidente con l'esplodere dell'esantema luetico, rari sono gli esempi dell'apparizione di tale complicanza quando ancora l'unica manifestazione esterna di lue è la lesione iniziale. Lasch (27) pubblicò la prima osservazione d'ittero luetico contemporaneo al sifiloma. Buschke (28) e Joseph Max (29) riferendo casi analoghi confermarono tale possibilità. Michael (30) riferì 3 casi di itteri luetici contemporanei al sifiloma e seguìti da roseola. Più recentemente Milian (31), in una nota, nella quale esprime l'opinione di essere il primo osservatore di itteri del periodo primario, richiama l'attenzione su tale complicanza della lue iniziale, e, riferendo tre casi di ittero contemporaneo al sifiloma, esprime il dubbio che forme itteriche considerate catarrali o d'altra natura possano avere rapporti di dipendenza con una lue iniziale. Dopo il lavoro di Milian, Chatellier e Bonneterre (32) riportarono un'osservazione di ittero preroseolico dimostrando la mancanza di una sintomatologia clinica che differenzi tali forme da altre di ittero, e Benech e Créhange (33) confermarono l'opinione dei predetti autori riferendo un nuovo caso di ittero sifilitico del periodo primario.

I due casi di mia osservazione mi danno modo di trattare della ragione della comparsa di tali itteri e di discuterne le caratteristiche cliniche.

Il primo caso riguarda un giovane operaio di 26 anni che si presentò al Dispensario celtico il 21 gennaio 1927 per un'ulcerazione del frenulo, comparsa un mese circa dopo un coito sospetto, e dell'esistenza della quale si era accorto circa due settimane prima. Si trattava di una lesione erosiva con tipico indurimento che s'accompagnava ad un certo grado di fimosi e d'infiammazione prepuziale; si avevano gangli inguinali bilaterali multipli, duri, caratteristici. Pochi giorni dopo la comparsa dell'ulcera, a detta del malato, era apparsa un'itterizia che permaneva ancora al momento della mia osservazione e che era già stata considerata come forma di ittero catarrale semplice e curata con dieta, regime latteo-vegetariano e preparati di bile senza però ottenere alcun miglioramento.

Il paziente non aveva antecedenti patologici notevoli, non era un forte bevitore, non aveva mai accusato disturbi epatici, non sapeva riferire ad alcuna causa l'apparire dell'ittero.

All'esame nulla fu riscontrato a carico dell'apparato polmonare e del cuore, le condizioni generali erano buone, il tegumento e le mucose presentavano un marcatissimo colorito itterico, non si aveva ascite, nè circolo collaterale venoso addominale. Il fegato era ingrossato leggermente, debordante dall'arco costale e determinante una ottusità alla percussione per circa un'altezza di 10 cm. sulla linea mammillare. La milza era pure ingrossata, molle, palpabile facilmente nelle profonde inspirazioni.

Le urine erano intensamente colorate, non contenevano nè albumina, nè zucchero, nè acetone; le reazioni di Hay per i sali biliari e di Mareschal per i pigmenti biliari diedero risultato fortemente positivo, la densità era di 1020.

Le feci erano decolorate, cretacee, color mastice, non vi erano parassiti, e le reazioni di Meyer e di Schmidt-Triboulet dimostrarono assenza di sangue.

L'esame ematologico diede i seguenti risultati: Globuli rossi 4.800.000. Globuli bianchi 6600. Emoglobina 90. La formula leucocitaria era così costituita: Polinucleati neutrofili 70. Linfociti 20. Eosinofili 2. Mononucleati grandi e medi 6. Basofili 0.5. Forme di passaggio 1.5.

Wassermann e Meinicke (M. T. R.): negative.

Esame della funzionalità epatica:

Biligenesi. Si eseguì sul sangue la reazione di Ehrlich-Pörscher Imans van den Berg che sia alla prova diretta pronta e tardiva, sia all'indiretta diede risultato positivo. La determinazione quantitativa della bilirubina venne fatta con colorimetro di Hellige e col metodo di Haselhorst con cui si stabilì il tasso di bilirubina in circa 1/10.000. La ricerca della urobilina nelle urine e nelle feci si fece col metodo di Gilbert e Herscher e pure si ebbe risultato nettamente positivo.

Funzione glicogenetica. Fu eseguita la prova somministrando a digiuno 100 gr. di glucosio in sciroppo e tenendo a dieta idrica (1 litro d'acqua) per 12 ore esaminando l'urina ogni due ore con Fehling; si ebbe esito negativo in quanto non si ebbe glicosuria; non fu però possibile la ricerca della glicemia.

Potere antitossico. Si usò il metodo dell'azzurro di metilene descritto da Chauffard iniettandone nei glutei 2 cmc. di soluzione al 2 % e raccogliendo le urine delle 24 ore ogni 2 ore. Si ebbe eliminazione del colorante solo dopo 8 ore, il che si può considerare come indice di disfunzione.

Funzione proteopessica. Si usò il metodo proposto da Widal Abrami, Jancovesco somministrando a digiuno 200 grammi di latte ed esaminando dopo 20'-40'-un'ora-un'ora e 30'-2 ore il tasso leucocitario, la pressione e l'indice di coagulabilità. Si ebbe dopo 40' diminuzione del tasso leucocitario di circa 2000, della pressione massima di 25 mm. e diminuzione netta del tempo di coagulazione.

Il risultato della prova diretta della reazione di Imans van den Berg, e delle altre prove funzionali epatiche, inducente a pensare ad una vulnerazione della cellula epatica mi indusse a non ricorrere a cure arsenicali. Iniziai perciò cura bismutica intensa, prescrissi per os cachets di calomelano da gr. 0.01. Dopo 15 giorni di cura l'ittero era alquanto attenuato, le condizioni generali assai migliorate; la Wassermann però era diventata nettamente positiva; il sifiloma era in via di guarigione. Dopo un mese dall'inizio della cura il paziente era in completo stato di benessere, permaneva solo una lieve tinta subitterica; il fegato era ancora lievemente ingrossato. La prova di Imans van den Berg era positiva solo alla reazione indiretta. Nelle urine la reazione di Mareschal era negativa, quella di Hay ancora positiva. Si iniziò cura arsenobenzolica la quale non peggiorò le condizioni del paziente, anzi le migliorò assai rapidamente.

Il secondo caso riguarda una giovane signora che fu da me visitata il 26 giugno 1927, per una erosione all'ostio vaginale, della grandezza di una moneta da 20 centesimi, avente tutte le caratteristiche di un sifiloma. All'esame microscopico (Fontana) trovai numerosi treponemi. Non fu possibile stabilire l'epoca precisa dell'inizio della forma morbosa. Nulla di notevole vi era nell'anamnestico famigliare, nessuna forma epatica nei precedenti morbosi della paziente. All'esame non si trovò alcunchè di patologico a carico dei vari organi ed apparati. All'inguine piccoli gangli duri, mobili, nulla di notevole nelle altre stazioni linfatiche dell'organismo.

L'esame delle urine diede reperti normali, la Wassermann e la Meinicke (IV) risultato negativo.

Si iniziò subito cura arsenobenzolica, iniettando una fiala di gr. 0.15 di neosalvarsan. La paziente ritornò il 2 luglio 1927 assai spaventata per la comparsa di un ittero di cui aveva notato i primi segni il giorno precedente. L'inferma presentava non un ittero intenso, ma uno stato di subittero; il colorito itterico, visibile su tutto il tegumento, era specialmente evidente nella sclerotica e nella mucosa orale. Lo stato generale non era modificato; l'erosione vaginale in via di guarigione, le condizioni delle glandole immutate. Nulla si osservava sulla parete addominale; il fegato era palpabile solo per qualche centimetro sotto l'arco costale, il bordo di esso non ottuso nè duro; nella regione dell'epigastrio il fegato appariva un po' più sporgente, la cistifellea non si palpava. Con la percussione l'ottusità epatica non appariva aumentata: lungo la linea mammillare l'ottusità iniziava alla 7ª costa ed arrivava all'arco costale, ed alla regione epigastrica si aveva un'ottusità epatica 4-5 cm. sotto l'appendice xifoide. La milza era ingrandita, la si palpava bene nelle profonde inspirazioni ed alla percussione l'ottusità cominciava a livello della linea ascellare anteriore. Non vi era ascite.

Il polso era raro: 50 pulsazioni al minuto; ma nulla si riscontrava all'esame del cuore; la pressione arteriosa massima era 130; la minima 100.

Le orine erano intensamente colorate, non vi era nè albumina, nè zucchero; assente l'acido etil-diacetico, presente l'uroeritrina, positive le reazioni di Mareschal, di Gmelin, di Hay. Le feci erano acoliche, non contenevano sangue. L'esame ematologico diede reperti qualitativi e quantitativi normali. La prova di Imans van den Berg, diede esito positivo più intenso alla prova indiretta. La paziente si lamentava di lieve dolore alla regione epatica, di prurito generale e di stanchezza intensa. Non fu possibile eseguire esami della funzionalità epatica.

Nel dubbio di un'azione esercitata sul fegato dall'arsenobenzolo iniettato si sospesero le cure arsenicali e si inviò la paziente in osservazione da un internista per la determinazione patogenetica dell'ittero; questi consigliò di tenere l'ammalata esclusivamente a dieta lattea. Il 9 luglio 1927 comparve una roseola intensa, l'ittero s'accentuò; la malata venne ancora tenuta a dieta assoluta, mentre si cercava di vincere la stipsi con solfato di soda. La Wassermann eseguita il 10 luglio 1927 diede esito positivo forte. La paziente nei giorni successivi ebbe lievi rialzi febbrili, anoressia, dolori epatici più intensi, prurito; la lingua era umida, pulita, l'ittero aumentava nonostante l'assoluto dietetico e le cure mediche di stimolazione della cellula epatica. Il 17 luglio 1927, per consiglio anche dell'internista, si iniziarono perciò cure antiluetiche con preparati mercuriali e bismutici e con queste scomparvero i segni esterni di lue; l'ittero dopo una ventina di giorni di cure intense cominciò ad attenuarsi; la Wassermann era ancora intensamente positiva. Si iniziò un ciclo di iniezioni di neosalvarsan che subito migliorarono le condizioni dell'ammalata senza determinare alcuna ricomparsa di segni di ittero.

Non credo sia possibile, nei due casi ora descritti, dubitare della natura luetica dell'ittero, in quanto nel primo dei pazienti non è possibile invocare altra causa itterogena e nel secondo caso non può attribuirsi all'azione tossica dell'arsenobenzolo l'insorgenza di un'itterizia che appare invece legata all'evoluzione della lue precedendo di poco l'esplosione dei fenomeni secondari e accentuandosi con l'apparire di questi. Forse in tale malata il salvarsan ha esercitato un'azione di provocazione della comparsa di un ittero latente, come è ammesso oggi da quasi tutti gli autori avvenga nell'ittero sifilitico secondario accettando i concetti sostenuti dalla scuola di Milian (34-37) il quale con molte argomentazioni ammettendo senz'altro che nella realtà la maggioranza degli itteri considerati post-arsenobenzolici non siano che degli itteri luetici, determinava una lunga discussione tra i sostenitori della natura tossica di tali itteri e i sostenitori della natura specifica, discussione le cui vicende sono riassunte e discusse dal Palvarini (38). I risultati della terapia specifica nei due casi da me raccolti confermano l'origine luetica dell'ittero. Nessun elemento d'altra parte s'oppone teoricamente alla possibilità di un ittero luetico primario, anzi tale eventualità s'inquadra nelle concezioni già espresse sulle complicanze del periodo preumorale della lue e per essa parlano le constatazioni sempre più frequenti di visceropatie luetiche di tale periodo.

L'ittero luetico primario, per le sue caratteristiche cliniche, mi pare possa come l'ittero secondario, considerarsi patogeneticamente legato ad alterazioni funzionali del fegato; ne fanno fede, nel primo dei casi da me descritti, i risultati delle ricerche sulla funzionalità epatica, ne fan fede gli esami dimostranti nel sangue e nell'urina del malato segni della vulnerazione della cellula epatica. Non quindi ad un'accentuata emolisi provocata dall'infezione luetica mi pare si possa attribuire, come vuole qualche autore, l'ittero sifilitico del periodo preumorale ma ad una vera e propria alterazione parenchimatosa, ad una epatite simile a quella che accompagna altre forme setticoemiche e che trova la sua causa d'insorgenza nella spirochetemia che già è presente in tale periodo della lue e nella spiccata predilezione che il treponema dimostra per il parenchima epatico, predilezione di cui fa fede la ricchezza di spirochete esistenti nel fegato dell'eredoluetico.

BIBLIOGRAFIA.

(1) M. ARTOM. *Le splenomegalie nel periodo preroseolico della sifilide.* Il Dermosifilografo, anno I, n. 1, 1926, p. 4.

(2) JACCOUD. *Leçons cliniques de la Charité*, 1864, p. 114.

(3) PERROUD. *De l'albumine chez les syphilitiques.* Thèse de Paris, 1883.

(4) MAURIAC. *Des néphrosyphiloses précoces.* Leçons sur les maladies vénériennes, 1888.

(5) DESCOUTS. *Néphrite syphilitique.* Clinique médicale de l'Hôtel Dieu, 1878.

(6) DRYSDALE. *The nephritis of syphilis.* Urology Rewiew, 1879, n. 4, p. 811.

(7) GÜNTZ. *Syphilis und nephritis.* Münch. med. Woch., 1900, n. 6, p. 114.

(8) FRERICHS. *Nierensyphilis.* Mediz. Woch., 1901, n. 8, p. 416.

(9) ROBERTS. *Remarks on visceral syphilis.* Am. Journ. of syphilis, 1908, n. 4, p. 243.

(10) DUMET. *Les néphrosyphiloses de la période primaire.* Thèse de Paris, 1919, n. 110.

(11) SCHWEMMER. *Syphilis und nephritis.* Berliner Zeitschrift, 1913, n. 6, p. 410.

(12) WELANDER. *Ueber syphilis der Nieren.* Mediz. Klinik, 1914, n. 4, p. 216.

(13) BAUDOUIN. *La syphilis rénale.* Rev. Gén. Gazette des Hôpitaux, 1900, n. 55, p. 1106.

(14) BONNAMOUR. *Néphrite syphilitique.* Gazette Médicale, 1899, n. 14, p. 410.

(15) MÜHLIG. *Syphilis der Nieren.* Klin. Woch., 1901, n. 6, p. 86.

(16) WAGNER. *Syphilitische Nephritis.* Archiv. f. Derm. und Syph., 1906, n. 2, p. 139.

(17) TALAMON et LECORCHÉ. *Néphrite aigue préroseolique.* Journ. de Médicine moderne, 1889, giugno n. 6, p. 310.

(18) AUDRY. *Trois cas de néphrite syphilitique dans les 3 ou 4 sémaines après le débout du chancre.* Annales de Derm. et Syphil., 1912, n. 5.

(19) GAUCHER. *Précis de Syphiligraphie*, 1909, p. 406.

(20) COURMONT et CADE. *Contribution à l'étude de l'albuminurie syphilitique précoce.* Bull. de la Soc. de Derm. et Syph., 1913, n. 5, p. 186.

(21) ZIELER. *Syphilitische Nephrosen.* Münch. med. Wochenschr., 1924, n. 47, p. 1670.

(22) MESTSCHERSKI *Zur Lehre von der fruhzeitigen Syphilis der Nieren.* Russkij Wiestnik Dermatologii, n. 1, 1924, p. 5.

(23) PIERRE-PAUL LEVY et GUILHÉ. *Recherches du tréponèma pallidum dans l'urine des syphilitiques.* Soc. Médic. des Hôpitaux de Paris, 24 gennaio 1919, p. 48.

(24) HOFFMANN. *Nephritis syphilitica acuta precox.* Deut. Mediz. Woch., 20 febbraio 1913, n. 8, p. 353.

(25) FIESSENGER et HUBER. *Un cas de tréponémurie au cours de la syphilis sécondaire.* Soc. Méd. des Hôpitaux, anno 37, n. 5, 11 febbraio 1921, p. 146.

(26) STODDART E. JAMES. *The occurrence of spirochetes an the urine.* Brit. Medic. Journ. 29 settembre 1917, p. 416.

(27) LASCH. *Icterus syphiliticus precox.* Berl. Klin. Wochenschr., 1894, n. 40.

(28) BUSCHKE. *Zur Kenntnis der Ikterus syphiliticus precox.* Ibid., 1910, p. 238.

(29) JOSEPH MAX. *Ueber Ikterus in Frühstadium der Syphilis.* Archiv für Derm. und Syphilis, Bd. 29, H. 3.

(30) MICHAEL. *Der Ikterus syphiliticus precox unter besonderer Berücksichtigung der dabei auftretenden akuten Leberatrophie.* Ibid., Bd. 120, H. 3.

(31) MILIAN. *L'ictère syphilitique primaire.* Paris Médical, 21 agosto 1920, n. 34, p. 141.

(32) CHATELLIER et BONNETERRE. *De l'ictère syphilitique antéroseolique et des manifestations cliniques de la syphilis avant la roséole.* Ann. de Derm. et Syph., 1921, p. 165.

(33) BENECH et CRÉHANGE. *Un nouveau cas d'ictère au cours de la période primaire.* Bull. Soc. Franç. de Derm. et Syph., anno 33, n. 6, 1926, p. 443.

(34) MILIAN. *L'ictère du Salvarsan. Annales des maladies vénériennes*, n. 10, 1911, p. 814.

(35) ID. *Trois cas d'ictère au cours du traitement à l'arsenobenzol, leur nature syphilitique.* Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux, 1919, p. 821.

(36) ID. *L'ictère qui survient après les cures de novarsenobenzol est du à la syphilis hepatique.* Ibid., 1920, p. 226.

(37) ID. *A propos des ictères para-arsenicaux.* Paris Médical, 8 gennaio 1921.

(38) PALVARINI. *Sugli itteri nel corso della lue.* Giornale Italiano Malattie Veneree e della Pelle, fasc. II, 1923, p. 212.

RIVISTE SINTETICHE.

Le indicazioni al cateterismo ureterale.

Il cateterismo ureterale che permise lo studio funzionale dei due reni presi separatamente e rappresentò una geniale associazione della semplice cistoscopia, entrò nella pratica corrente solo dopo l'applicazione dell'*unghietta di Albarran*. Difatti riusciva oltremodo difficile dirigere dall'esterno la punta del catetere verso l'ostio ureterale. Albarran applicò in corrispondenza della fenestra, attraverso la quale passava l'estremo distale del catetere, una piccola leva legata ad un minuscolo tirante e regolata da una vite esterna.

In questo modo fu possibile dirigere l'apice del catetere secondo il bisogno.

I cateteri ureterali sono formati da un tessuto di seta rivestiti di gomma, lunghi circa 50 o 60 cm., di calibro vario, di cui i più usati sono il 10-12. Negli ureteri con sbocchi puntiformi entrano solo dei numeri più piccoli, l'8 ad es. Ma oggi si tende però a servirsi di cistoscopi con ottica piccola ma con cateteri grandi, n. 14: così si riesce ad evitare l'uso fastidioso di un cistoscopio a grosso calibro e a raccogliere in poco tempo grande quantità di urina.

La maggior parte dei cateteri sono unicolori: altri sono divisi a strisce di differenti colori, e marcati di 5 in 5 cm. Infine esistono dei cateteri opachi ai raggi X, che servono egregiamente per studiare i rapporti dell'uretere con alcune tumefazioni patologiche endo- o extraaddominali.

Anche per il cateterismo si presuppongono attuate le condizioni sufficienti e necessarie per la semplice cistoscopia e cioè: 1° permeabilità dell'uretra allo strumento; 2° capacità vescicale di 80-100 (almeno) cc.; 3° possibilità di aver distesa la vescica con un liquido limpido e trasparente per tutta la durata dell'osservazione.

Gran parte delle difficoltà di un tempo sono state man mano superate e si può dire che oggi è raro che non sia possibile per lo meno un tentativo di cateterismo. Difatti si può dilatare l'uretra fino al passaggio di grossi strumenti. Il lavaggio continuo con il cistouretroscopio di Mac Carthy o di cistoscopi a doppia corrente permette un tentativo di cistoscopia con un cateterismo anche in vesciche, facilmente sanguinanti, e il cui contenuto sia sceso a 50-40 cmc.

Nelle vesciche scarsamente continenti e sopratutto in quelle facilmente sanguinanti o in quelle sporche con pareti ricoperte da pus o essudati nelle quali il mezzo liquido si intorbida rapidamente, è stato consigliato ed usato da più autori l'uso di olio di paraffina liquido. In tal modo le impurità cadono nel fondo vescicale in forma di gocce e non impediscono la visione della vescica.

Dato e concesso finalmente di esser entrati col cistoscopio in vescica e di aver ottenuto una distensione sufficiente e una trasparenza utile, bisogna trovar gli sbocchi ureterali. La loro ricerca è qualche volta banale, tal'altra riesce difficile.

In qualche caso la ricerca degli osti ureterali è facilitata dalla iniezione sottocutanea o — preferibilmente — endovenosa di 1-2 ctg. di indago-carminio. Dopo qualche minuto il ritorno del colore si manifesta con un getto bleu dell'ostio ureterale. Infine esistono dei casi nei quali gli sbocchi sono nascosti o da uno dei lobi della prostata ipertrofica, o da un basso fondo accentuato o dallo sbocco di uno degli ureterali in un diverticolo o è affondato in un edema circostante. In tutti questi casi il cateterismo è impossibile o accidentale.

Non basta individualizzare lo sbocco ureterale, bisogna poterlo dominare bene nel campo visivo. Per questo si innalza il padiglione del cistoscopio e lo si avvicina all'inguine della parte opposta a quella da cateterizzare. Così lo sbocco ureterale appare vicino, grande e bene evidente. Occorre fermarsi in questa posizione senza perdere di vista l'ostio ureterale, ciò che presuppone un certo esercizio. Localizzato dunque lo sbocco ureterale nel quadrante supero esterno del campo visivo, si comincia a spingere il catetere dall'esterno fino ad attraversare con esso tutto il campo visivo coprendo così lo sbocco ureterale. Manovrando la leva esterna si abbassa l'apice del catetere fino a farlo coincidere con lo sbocco ureterale, per spingerlo poi nell'uretere. Per abolire qualsiasi attrito, si rimette allo stato di riposo l'unghietta di Albarran e si fa salire ancora il catetere senza che si pieghi o si inarchi. Se il catetere non procede non bisogna certo concludere per la presenza di un calcolo. Può darsi che il lume ureterale sia più piccolo del calibro del catetere: bisogna cambiarlo con uno più piccolo. Talora si incontra dopo 1-2 cm. un ostacolo insuperabile alla progressione del catetere.

Vari sono stati i rimedi e i suggerimenti proposti per girare tale difficoltà legate, di solito, ad una gomitatura dell'uretere: ritirare il catetere e sospingerlo con movimenti di va e vieni o elicoidali; bagnarne la punta con glicerina, mutar di posizione all'ammalato. Talora neanche così riesce il cateterismo: onde evitare risultati dubbi (occhio del catetere non compreso totalmente nell'uretere) è meglio rinunciare alla ricerca.

Alcuni autori raccomandano di eseguire la raccolta separata delle urine mantenendo in vescica il cistoscopio per tutto il tempo dell'osservazione,

altri di non far risalire il catetere che per pochi cm. Noi non condividiamo nè l'una nè l'altra delle idee. Eseguito il cateterismo mono o bilaterale, facendo risalire il catetere per tutta la lunghezza dell'uretere (da 22-24 fino a 28-30 cm.) ci assicuriamo del suo funzionamento e poi — vuotata la vescica — ritiriamo il cistoscopio.

Il rene, quando non esiste una pelvi dilatata, eiacula l'urina con un ritmo ben conosciuto: sono 4-6-8 gocce che defluiscono dal catetere: segue una pausa di qualche secondo, poi le gocce ricompaiono di nuovo e così via.

È naturale che il perfetto funzionamento dello strumento e la permeabilità del catetere deve essere bene stabilita prima del loro uso. Ma può darsi che un catetere pervio cessi dal funzionare. Dato e concesso che non si tratti di un arresto di funzione si può iniettare, nel catetere, lentamente della soluzione fisiologica sterile o dell'acqua distillata, onde assicurarsi che realmente non sia stato otturato da sangue, pus, tessuti.

La durata media del cateterismo si aggira sulla mezz'ora-un'ora: Albarran esigeva una raccolta prolungata fino a due ore: a scopo terapeutico il catetere può rimanere fino a 48 ore e poi venir rinnovato.

Quali sono adunque le circostanze che possono suggerire l'esecuzione di un cateterismo?

Innanzi tutto si può o si deve eseguire nella stessa seduta una cistoscopia di orientamento e un cateterismo ureterale? Si può dire che nelle vesciche ben continenti e presumibilmente ben tolleranti tutte le indagini possono esser eseguite successivamente in un sol tempo. Nelle vesciche invece ulcerate, dolorose, è preferibile invece contentarsi di una visione di orientamenti per passare poi (riconosciuti e già individualizzati gli sbocchi ureterali) ad un cateterismo. È preferibile dunque frazionare le ricerche.

Una seconda questione che tenne divisi a lungo gli urologi fu quella del cateterismo del rene presupposto sano, in presenza di una vescica infetta. Il timore di ledere un organo indenne da malattie e destinato eventualmente a rimanere da solo per l'economia di tutto l'organismo indusse molti a sconsigliare il suo sondaggio. In realtà il timore si è dimostrato più teorico che pratico.

Comunque sono stati proposti allo scopo vari rimedi: istillazione nel meato ureterale sano di una soluzione 0.5-1 % di nitrato di argento, l'uso di un doppio catetere di cui il primo servisse da guaina al secondo.

In genere il lato sano si difende sufficientemente da solo con la sua attività centrifuga e con la contrazione del suo ostio vescicale.

E bisogna pur riconoscere che il cateterismo abbia i suoi immensi vantaggi. Oramai è praticato ovunque e ha completamente sostituito gli altri sistemi (divisore del Louis e di Dalla Vedova, l'applicazione di un laccio unilaterale alla Momburg, le pinze di Rochet, ecc.).

*
* *

Il cateterismo permette la raccolta separata in modo certo, così come non si raggiunge con tutti gli altri mezzi suggeriti e di un'applicazione anche meno facile. In quei casi nei quali il cateterismo fallisce è preferibile ricorrere alla lombotomia esplorativa. Non vi è adunque affezione renale in cui il cateterismo sia contro indicato — dato e concesso — che sia possibile eseguirlo.

In quali casi è indicato?

I *traumi del rene* rappresentano — se recenti — forse l'unica controindicazione. Generalmente non esiste la necessità di sottoporre un individuo che ha subito un trauma renale rivelato da un'ematuria, ad un cateterismo. O esistono i segni imputabili ad uno spappolamento oppure quelli di una semplice contusione: nel primo caso occorre intervenire di urgenza, nel secondo è bene attendere.

Nella *calcolosi renale* l'esame delle urine separate può dare delle indicazioni preziose sopratutto nel caso della bilateralità dell'affezione (evenienza tutt'altro che rara: si aggira ad 1/5 di tutti i casi). È indispensabile conoscere il valore del rene che deve rimanere o di quello che deve eventualmente sostenere tutto il ricambio dell'organismo durante il blocco dell'altro temporaneo, ma inevitabile dopo un intervento. C'è da tener presente che il rene calcoloso è parzialmente inibito nel suo lavoro e che la suppurazione di uno di essi influisce sull'altro diminuendone la funzione. Nella calcolosi ureterale l'applicazione di un catetere opaco permette la sua ubicazione, reperto importante per l'intervento.

Grande valore ha il cateterismo nella *tubercolosi* per le stesse ragioni. Nessun chirurgo dovrà mai accingersi alla asportazione di un rene tubercoloso senza essersi accertato della presenza e della perfetta funzionalità dell'altro. L'importanza di una tale risposta permette di superare e di non sopravalutare i pericoli più teorici che reali offerti dal cateterismo in vescica infetta.

Decisivo è il cateterismo nelle *idronefrosi*: nelle quali esso fornisce i dati relativi al ristagno e al valore del parenchima. Difatti: appena l'occhio del catetere riesce a superare l'ostacolo determinante la dilatazione pelvica si assiste ad uno sgocciolìo continuo di urina *senza ritmo*: limpida nelle idronefrosi pure, torbida nelle infette. Con una iniezione di soluzione fisiologica si può misurare la dilatazione massima raggiunta. Una volta assicurato il drenaggio pelvico si può — racco-

gliendo le urine — determinare anche il valore del rene la cui secrezione in assenza di ostacoli è assai diversa da quella inibita dal ristagno (prova del colore).

Nei *tumori*, il cateterismo del lato malato può dare dei valori eguali a quelli del lato sano. Anzi il valore funzionale del rene neoplastico, almeno negli stadi iniziali, può presentarsi anche più elevato del sano: non è raro trovare nel sedimento delle cellule neoplastiche, il cui riconoscimento non è però sempre agevole. Secondo Rehn la provocazione di una emorragia piuttosto intensa con l'urto del catetere nella pelvi, esclusa la presenza di calcoli, giustificherebbe un fondato sospetto di neoplasma renale.

* * *

Ma il valore del cateterismo è anche maggiore in un'altra sua applicazione: *la pielografia*. Con questa ricerca si mette in evidenza la forma, la posizione, la direzione, la mobilità, la tolleranza, gli stadi atonici e spastici della pelvi e dei calici.

L'esecuzione della pielografia è semplice, ma nello stesso tempo delicata. Anche a questo riguardo il campo è diviso tra coloro che vorrebbero una ricerca costantemente bilaterale ed altri che non la eseguono se non è riconosciuta indispensabile e caso mai in due separate sedute.

Conviene riconoscere come non sia sempre facile convincere il malato ad una seconda ricerca pielografica, sopratutto perchè è difficile che riesca completamente indolore. Se se ne riconosce l'utilità — e questo è còmpito dell'urologo — è preferibile, considerando la questione dal punto di vista pratico, di eseguirla simultaneamente e bilateralmente.

La pielografia si esegue iniettando lentamente nelle pelvi — attraverso il catetere ureterale — una soluzione di contrasto radiopaca.

La scelta del contrasto dipende da preferenze individuali: tra le sostanze più usate si contano il bromuro di sodio al 20 %, lo joduro di litio al 10 % e l'olio jodato al 5 %.

Non esiste una sostanza universalmente accetta, poichè le più fluide dànno ombre poco intense, le più dense risalgono difficilmente il catetere e si diffondono difficilmente; quelle che offrono i soli vantaggi delle precedenti sostanze, riescono per lo più irritanti.

A parità di condizioni la pelvi malata sopporta la distensione meglio della sana, la cui capacità normale varia da 2 a 7-9 cmc. La pelvi malata può contenere fino a parecchie centinaia di cmc. di liquido.

Papin e Legueu si son fatti paladini della *pieloscopia* i cui risultati sono utili, ma rimangono sempre al di sotto dei documenti offertici nelle lastre.

Il valore dei pielogrammi balza evidente in tutte le *malformazioni congenite del rene*: Rene a ferro di cavallo, rene fuso, distopia, reni laterali, crociata, pelvica, rene soprannumerare, bifidità e duplicazione degli ureteri sono tutte affezioni la cui documentazione è richiesta e permessa solo con la pielografia.

Nella *tubercolosi* si hanno dei risultati che negli stadi iniziali sono modesti — piccole irregolarità dei calici — e quindi di difficile valutazione e negli stadi avanzati non forniscono dati di un valore maggiore di quelli che già si possono ricavare con gli altri esami. È meglio astenersene.

Nelle *calcolosi* la pielografia trova la sua applicazione solo in casi speciali. Ricordo un caso di un calcolo unico pelvico destro in posizione tale da risvegliare il dubbio potesse trattarsi di una colecistite calcolosa. La fusione dell'ombra calcolosa con quella pielografica permise di dirimere la questione.

Nelle *pielonefriti* la immagine spastica con calici ristretti e pelvi piccole, differisce da quella atonica, con svuotamento ritardato. Nel primo caso la *restitutio ad integrum* può esser perfetta, nel secondo esiste una tendenza alla idropionefrosi.

Nelle *idronefrosi* la pielografia offre delle immagini stupende e trascrive il grado delle dilatazioni raggiunte vuoi dalle pelvi, sia dal rene stesso quando se ne riesce a vedere il contorno.

La mancanza sicura o la irregolarità di uno dei calici permette la diagnosi certa di un *neoplasma renale* con invasione della pelvi. Questo sintomo è precoce e in un tale dubbio, sia pure lontano, non bisogna astenersi mai da questa ricerca.

Altrettanto caratteristica è l'immagine (a 3 dita divaricate) nel *rene policistico*.

* * *

Una terza applicazione del cateterismo ureterale è fornita dalla terapia di alcune affezioni renali.

Le applicazioni nella pelvi di uno dei sali di argento o di vaccini, il drenaggio di ristagni, il lavaggio del bacinetto con sostanza medicamentosa han dato risultati talora brillantissimi. Nelle pielonefriti acute e croniche tale terapia non può naturalmente venir eseguita se non con un cateterismo preventivo.

Un'altra applicazione curativa si riferisce ai calcoli; difatti per la discesa di piccoli calcoli, specie ureterali, è stato proposto da Buerger (di New York) di far risalire a fianco del calcolo 2-3 cateteri da lasciarsi a permanenza per qualche tempo e poi ritirarli insieme.

Questa manovra va ripetuta più di una volta a distanza di una settimana una volta dall'altra. Però senza ricorrere a questa manovra, che deve esser riservata a calcoli di dimensioni piuttosto cospicue, si può far risalire il catetere al di sopra del calcolo o per lo meno fino ad esso, iniettarvi dell'olio o della glicerina e ritirarlo dopo 1-2 ore. In più di un caso si è visto discendere spontaneamente il calcolo.

*
* *

Questo breve sguardo sulle applicazioni del cateterismo ureterale deve risvegliare l'interesse del medico a tale specie di ricerca e ad eseguirlo o a farla eseguire sempreche lo studio anamnestico e clinico del malato ve lo invitino.

ERMANNO MINGAZZINI.

SUNTI E RASSEGNE.

Ricerche sulla acidità urinaria.

(R. GOIFFON. *Arch. des maladies de l'app. digestif et de la nutrition*, ott. 1927).

Lo studio delle variazioni dell'acidità urinaria aveva portato in passato a teorie discordanti sul suo significato. Gli uni (Bouchard) credevano che l'acidità degli umori, rispettivamente dell'urina, indicasse il rallentamento delle combustioni; per altri, al contrario, (Joulie) l'artritismo si accompagna ad acidità insufficiente delle urine. Secondo altri poi (Robin) l'acidità urinaria, che è dovuta in gran parte ai fosfati acidi, indica una perdita di fosforo e sarebbe una causa di demineralizzazione. I nuovi dati della chimica fisica permettono di completare le nostre idee in proposito e di trovare nello studio dell'equilibrio acido-base dell'urina degli elementi di alto interesse.

IL PH URINARIO.

La misura della concentrazione degli joni-idrogeno (reazione attuale, acidità jonica, pH) indica, come è noto, la quantità di joni di idrogeno, che si trovano *dissociati* e che, nell'urina assommano soltanto ad un terzo della totalità. Il pH rappresenta dunque il grado di causticità dell'urina; esso è una *qualità* esposto in cifre (mentre l'acidità di titolazione esprime una nozione di *quantità*).

Il pH urinario è la risultante complessa: 1) della massa di joni H, che l'urina contiene per unità di volume; 2) della natura dei radicali acidi (CO_2, ac. fosforico, urico, lattico, ecc.); 3) della quantità di cationi eliminata allo stato di sale.

La nozione *isolata* del pH è interessante sia perchè essa ci indica la possibile causticità dell'urina sulle vie urinarie, sia perchè dal pH dipende lo sviluppo di batteri nelle vie urinarie (si è veduta una colibacilluria senza leucociti seguire la ingestione di bicarbonato di sodio), sia infine perchè dal pH dipende la solubilità di alcuni corpi (acido urico poco solubile in urina acida, fosfati terrosi insolubili in quella alcalina).

La nozione isolata del pH è però insufficiente, quando si voglia misurare l'eliminazione acida o la perdita di basi, che si operano nel rene in un tempo determinato. La determinazione del pH non rappresenta quindi nè un perfezionamento, nè una sostituzione di quella dell'acidità di titolazione; essa fornisce altri dati e permette uno studio più completo dell'urina, quando sia unita ad altre ricerche.

La determinazione del pH nell'urina si fa, come è noto, col metodo colorimetrico.

L'ACIDITÀ DI TITOLAZIONE.

Si determina aggiungendo una soluzione di alcali N/10, in presenza di un indicatore. La scelta di questo, però, ha grande importanza; non è adatta la fenolftaleina, perchè ha il punto di viraggio troppo alto (a pH 9) ed in causa della presenza di ammoniaca. È invece consigliabile il rosso fenolo (fenolsulfon-ftaleina), che vira a 7,35, cioè allo stesso pH del sangue. Il miglior modo di esprimere i risultati è quello di indicarli in quantità di alcali N/10, riferita al litro od alle 24 ore.

In tal modo si misura la quantità di molecole di H libero (dissociato o non) che si trovano nell'urina. Occorre tener presente che una parte degli acidi emessa dai reni è stata combinata con l'ammoniaca. L'organismo può quindi emettere una grande quantità di acidi, senza che l'urina raggiunga un'acidità eccessiva, appunto perchè gran parte di essa viene neutralizzata dall'ammoniaca e combinata in forma di sali. La semplice acidità di titolazione non esprime quindi la totalità degli acidi sottratti dal rene all'organismo; occorre per conoscere questo, dosare anche la quantità di quelli combinati all'ammoniaca, la quale, *biologicamente*, nell'urina va considerata come un acido. L'A. chiama quindi *acidità totale* la somma degli acidi liberi (titolata con l'alcali) e dell'ammoniaca (titolata al formolo).

Queste ricerche forniscono dati molto interessanti dal punto di vista fisiopatologico. L'ammoniaca, di fatto, appare come il più importante

fattore nella regolazione renale dell'acidosi e può essere considerata la misura di questa; sono inoltre noti i rapporti fra l'abbondanza dell'alimentazione azotata e l'acidità urinaria, sia fosfatica, sia organica. In considerazione di questo, si deduce che, facendo il rapporto fra l'acidità totale e l'azoto (può invece dosarsi l'urea con il consueto metodo dell'ipobromito e considerare il rapporto acidità totale-urea) si potranno apprezzare le variazioni dell'acidità, attribuibili a cause diverse dalla alimentazione albuminoide. Così, nell'individuo normale, pure avendosi notevoli oscillazioni nell'aciduria totale (AT) e nel rapporto con l'urea (AT/U), esse si mantengono in una zona abbastanza stabile, mentre nei diabetici acidosici, p. es., l'acidità totale ed il rapporto AT/U si elevano di molto. La determinazione di entrambe permetterà dunque un più facile apprezzamento della quantità di acidi di cui si deve liberare l'organismo, tenendo conto di quelli che gli fornisce normalmente l'alimentazione.

I RADICALI ACIDI.

Se ne trovano diversi nell'urina; il più abbondante è Cl; vengono in seguito PO_4, poi SO_4 e tutta la serie degli acidi organici. Fra i sali, che ne sono formati, i cloruri ed i solfati sono molto stabili e vengono eliminati dal rene, tali quali si trovano nel sangue. Invece, i fosfati acidi e gli acidi organici (salvo l'ossalico che è un acido forte) vengono utilizzati dall'organismo per eliminare gli H-joni; il rene li distacca dalla loro base per lasciarli liberi o combinarli nuovamente con l'ammoniaca.

I fosfati ingeriti con gli alimenti o derivanti dalle combustioni cellulari sono eliminati dal rene e dall'intestino. Con un'alimentazione carnea, ne passano di più per le urine, con un regime vegetariano, si eliminano maggiormente per le feci. Con la sola analisi delle urine, è quindi impossibile stabilire un bilancio del fosforo, o l'indice di defosfatazione.

In generale, più le urine sono acide, maggiore quantità di fosfati contengono; tale rapporto però non è costante e si osserva talora una notevole eliminazione di fosfati anche con urine alcaline. Egli è che i fosfati, al pari degli altri sali (lattati, acetati, urati) vengono eliminati dal rene anche senza nessun rapporto con l'acidità. Se però mancano nell'organismo le basi, come accade quando gli vengono sottratte in eccessiva quantità per il lavorio delle ghiandole digerenti, oppure quando l'acido fosforico è messo in libertà per la combustione delle nucleine, l'eliminazione di fosfati acidi costituisce la regolazione renale fisiologica, più o meno aiutata dall'emissione di ammoniaca. I fosfati sono particolarmente indicati per tale funzione, tenuto conto della loro debole costante di dissociazione che rende difficile il raggiungere un'acidità jonica elevata.

Per meglio mettere in evidenza le cause dell'aumento o della diminuzione della fosfaturia, è poi opportuno lo stabilire il rapporto fra i fosfati (calcolati per i soli fosfati acidi in cmc. di soluzione N/10 (1) e l'urea.

Grande importanza hanno anche gli acidi organici; un aumento relativo di essi indica un'insufficienza delle combustioni organiche, mentre una diminuzione ne indicherebbe la perfezione. Ad essi può essere dovuta l'elevata acidità delle urine, come accade dopo un esercizio muscolare violento, in certi casi di acetonuria e nelle piressie. In questi casi, si ha anche abbondante eliminazione di ammoniaca per impedire un esagerato aumento dell'acidità jonica. Il rapporto fra acidi organici ed urea può poi fornire un indice prezioso della maggiore o minore perfezione con cui si degradano le sostanze azotate.

RAPPORTI DEI DIVERSI ELEMENTI NELLA ACIDITÀ URINARIA NORMALE.

Gli elementi tipici dell'equilibrio acido-base hanno questi valori, che si possono, provvisoriamente considerare come normali, tutti espressi (salvo il pH) in cmc. di soluzione N/10 pH 5,8-6,0.

(A)	Acidità libera (di titolazione)	300-450
(F)	» dell'ammoniaca (processo di dosamento al formolo)	400-550
(AT)	Acidità totale	700-1000
(AP)	Acidità fosforica	250-400
(AO)	Acidità organica	400-650
	Urea grammi	20-25

RAPPORTI.

(AT/U)	Acidità totale/Urea	30-40
(AP/U)	Acidità fosforica/Urea	15-20
(AO/U	Acidità organica/Urea	25-35

Il pH diminuisce (aumento dell'acidità jonica) quando l'acidità totale, e specialmente quella di titolazione, cresce; per uno stesso valore di acidità totale, è tanto più basso quanto minore è la quantità di ammoniaca. Le variazioni di questa

(1) Per ottenere, con la consueta titolazione, questo dato, si moltiplica il numero di cmc. di soluzione d'uranio necessari per un litro o per 24 ore, per i grammi di P_2O_5 corrispondenti ad un litro della soluzione di uranio e si divide per 7,1.

sono soprattutto proporzionali al pH ed all'acidità di titolazione.

Come esiste un rapporto fra quantità di fosfati ed acidità di titolazione, ne esiste fra ammoniaca ed acidi organici. Il parallelismo non è costante perchè un eccesso di fosfati può giustificare l'emissione di ammoniaca e gli acidi organici possono esser neturalizzati anche da altre basi. Ma quando l'aumento di acidi organici è considerevole, AO ed F vanno di pari passo e per questo F, più che A è un fedele indice urinario di acidosi.

L'A. tenta di dare alcuni tipi clinici di equilibrio acido-base e di suggerirne l'interpetrazione.

		I	II	III	IV	V
pH		5,4	5,8	6,4	6,4	5,4
A	cmc.	520	570	160	154	561
F	»	320	620	210	406	726
AT	»	840	1190	370	540	1287
AP	»	579	248	237	379	387
AO	»	592	1120	312	1064	726
U	g.	28	35	15	26	37
AT/U		29	36	25	21	33
AO/U		20	33	21	40	19
AP/U		20	7,5	15	14	10

1) Ipoacidità leggera dovuta soprattutto alla diminuzione degli acidi organici, tanto più degna di essere rilevata in quanto che l'urea è elevata. Acidità jonica forte dovuta all'insufficienza di eliminazione di ammoniaca.

2) Acidità generale elevata, ma attribuibile all'eccesso di alimentazione azotata e dovuta più agli acidi organici che ai fosfati.

3) Tendenza all'alcalinuria, pure con quantità basse di urea. Tutti gli elementi ed i rapporti sono abbassati.

4) Tendenza all'alcalinuria, con aumento dell'aciduria organica.

5) Forte aciduria, senza aumento esagerato dei cationi, in quanto che gli anioni superano i cationi.

CONCLUSIONI.

Il pH è la risultante globale degli elementi dell'equilibrio acido-base ed è quindi indispensabile dissociare tali elementi.

L'acidità totale rappresenta la massa dei radicali acidi che il rene ha dovuto separare dalle loro basi ed eliminare per evitare all'organismo l'invasione acida. Una frazione di questi acidi è libera (A), un'altra è combinata con l'ammoniaca.

I radicali degli acidi deboli sono quelli che il rene può separare dalle relative basi per eliminarli. Gli uni, gli acidi organici (AO) sono dei detriti insufficientemente degradati, formati dall'organismo e destinati ad essere eliminati dal rene se non sono bruciati. I fosfati acidi hanno una parte del tutto differente. Sono emessi in maggior quantità nelle feci che nelle urine. Per il rene passano quelli acidi non salificati, formati dalla combustione delle proteine, quelli che sono spostati dai loro sali da un acido più forte (minerale od organico) ed una porzione che è stata messa in libertà dall'escrezione attiva delle basi fatta dalle ghiandole digerenti a secrezione alcalina.

Lo studio dell'acidità urinaria può dunque fornirci diverse indicazioni cliniche e cioè: 1) quale sia la tendenza assoluta dell'organismo verso l'acidosi o l'alcalosi; 2) quale sia la parte dell'alimentazione azotata nell'aciduria rilevata o in quale proporzione avrebbe dovuto normalmente elevarsi; 3) con quale attività le ghiandole digerenti a secrezione alcalina attirano gli alcali verso la via intestinale.

FILIPPINI.

Ricerche sull'azotemia in chirurgia.

(CRAINICIANU, ARNAUD, FLORIAN. *Journal de Chirurgie*, n. 3, 1927).

Gli AA. fanno rilevare come in chirurgia generale, sia opportuno studiare il comportamento dell'azotemia prima e dopo le operazioni. L'azotemia pre-operatoria, infatti, ha una importanza capitale per la prognosi; è ormai prudenza classica di non operare infermi i quali presentano un'azotemia superiore al 0,45 ‰. Mentre alcuni sostengono che si possa con sicurezza operare quando l'azotemia è normale gli autori credono che il valore prognostico dell'azotemia pre-operatoria sia stato esagerato per due ragioni principalmente, cioè:

1) vi sono delle iper-azotemie pre-operatorie con decorso post-operatorio normale. Gli AA. hanno studiato il comportamento dell'urea nel sangue su 311 malati. In 134 trovarono azotemia uguale o superiore al 0,45. E tra questi vi furono alcuni che avevano azotemie oscillanti dal 0,70 al 0,80 ‰;

2) si ha azotemia pre-operatoria normale con fenomeni di insufficienza renali gravi post-operatorii. Gli AA. concludono affermando che il valore dell'azotemia pre-operatoria è stato esagerato e che la ricerca dell'azotemia deve essere completata con altre prove, con la costante di Ambard e con lo studio della eliminazione della fenol-sulfon-ftaleina. Questa ultima ricerca ha dato in mano agli AA. risultati sempre esatti.

Per quello che si riferisce all'azotemia post-operatoria ricordano come sia noto a tutti che, dopo ogni intervento, si riscontri ritenzione di urea. L'azotemia, infatti, raggiunge un massimo verso il 3°, 4° giorno (punto azotemico) e discende per lisi verso l'8°, 10° giorno, rimettendosi al normale. Gli AA. hanno studiato in questo senso 66 infermi. Questa iper-azotemia post-operatoria si manifesta, in generale, senza segni clinici e per spiegare la sua genesi sono state fatte numerose ricerche e preconizzate alcune teorie. L'iper-azotemia post-operatoria può dipendere dall'anestesia anzitutto, che secondo Rathéry e Chevassu ha una grande importanza. Si potrebbe cioè pensare che l'anestetico determini effetti nocivi sul parenchima epato-renale e che, conseguentemente, si verifichi la ritenzione di urea.

Abadie ha fatto studi comparativi sul potere azotemico dei diversi anestetici ed ha trovato che la rachianestesia con la stovaina determina una iper-azotemia più accentuata di quella che si verifichi con la novocaina e con la scurocaina. Gli AA. hanno esaminato 8 malati con differenti anestetici (etere, cloroformio, chélene, rachianestesia alla sincaina) senza sottoporli ad interventi. In ogni anestesia hanno studiata l'azotemia pre e post-anestetica, il volume dell'orina e la concentrazione dell'urea nell'urina. Questi infermi furono sottoposti alle identiche condizioni degli operati (alimentazione, riposo completo).

In nessun caso fu riscontrata iper-azotemia anestetica.

Alcuni di questi malati in seguito furono operati ed allora solamente si riscontrò l'iper-azotemia. L'iper-azotemia, inoltre, si riscontra nei traumatizzati che non hanno subito intervento.

Per quello che si riferisce all'azotemia ureo-secretoria si sa che essa è l'espressione di un disturbo dell'escrezione dell'urea a livello del rene per alterazione del parenchima. Per rendersi conto dell'effetto dell'operazione sul parenchima gli AA. hanno ricercato prima e dopo l'operazione la permeabilità renale con la prova della fenol-sulfon-ftaleina ed hanno veduto che la funzione ureo-secretoria resta identica.

Rivolgono quindi la loro attenzione all'azotemia oligurica; infatti dopo ogni intervento il volume dell'urina diminuisce raggiungendo verso il 3°, 4° giorno il minimo di eliminazione che torna al normale verso l'8°, 10°. Per apprezzare esattamente i rapporti da causa ed effetto è opportuno ricercare la concentrazione di urea nell'urina e vedere le modificazioni che presenta dopo l'operazione.

E perciò nelle loro ricerche gli AA. hanno controllato le seguenti tre curve: azotemia, volume dell'urina, e concentrazione dell'urea nelle urine. Per quello che si riferisce all'azotemia istologica l'intervento determina una disintegrazione dei tessuti, si produce cioè secondo il modo di esprimersi di Ameuille una vera urogenesi istolitica. Vittore, che ha studiato su 30 casi le variazioni leucocitarie post-operatorie, dimostra che, dopo l'intervento, si produce una leucocitosi costante che raggiunge il massimo dopo 4 ore. Egli pensa che l'intensità della leucocitosi sia in rapporto con la durata e l'entità dell'intervento. La leucocitosi post-operatoria potrebbe forse contribuire così a determinare l'iperazotemia.

Concludendo affermano che ci troviamo ancora nel dominio delle ipotesi e che le ricerche fatte finora permettono tuttavia di pensare che l'ureogenesi istologica sia la causa essenziale della iperazotemia post-operatoria.

T. LAURENTI.

Sui disturbi nel vuotamento della vescica causati da ostacoli meccanici pericervicali, senza ipertrofia della prostata.

(B. CHOLZOFF. *Zeit. f. Urol. Chir.*, Vol. XXIII, f. 3-4).

Nell'anamnesi di questi prostatici senza prostata si rinviene sempre un più rapido progredire dei sintomi, fino alla ritenzione completa che non nei veri prostatici. Così pure, molto più precocemente, compaiono le complicanze pielo-renali dovute al difettoso vuotamento della vescica e più spesso i malati soccombono ad esse.

La prostata, come è ben noto, si rinviene molto spesso diminuita di volume e non può costituire l'ostacolo alla minzione. L'A. crede che una inibizione vescicale della prostata nel senso di Albarran si abbia solo in caso di flogosi cronica della prostata e sono questi i casi che migliorano colla prostatectomia. Altri AA. (Thomson, Walker, Braasch) ammettono una atonia vescicale primitiva. Però i fattori tratti in causa per spiegare questa atonia (arteriosclerosi, degenerazione del centro della minzione) non trovano sufficiente fondamento nel campo dei fatti.

L'A. crede che esista sempre in questi malati un ostacolo meccanico nella regione del collo, e riferisce un caso occorsogli dove rinvenne un fibradenoma del collo probabilmente congenito. Questo però è un caso eccezionale, più spesso l'ostacolo è rappresentato:

1) da un'atrofia della prostata;

2) da una modica ipertrofia delle ghiandole cervicali;

3) da una contrattura del collo vescicale.

Per atrofia della prostata l'A. intende soltanto quella che si riscontra nei vecchi, molto più raramente però dell'ipertrofia. Una prostata atrofica non deve pesare più di gr. 12.5, e deve presentare all'esame microscopico una sostituzione quasi completa del tessuto ghiandolare con connettivo fibroso. L'A. nei casi da lui operati di atrofia della prostata non ha mai riscontrato quelle pieghe o barre descritte da Englisch, ma invece sempre una stenosi e una deformazione dell'orificio uretrale interno.

Il secondo gruppo di ostacoli alla minzione comprende piccolissime ipertrofie che prendono la forma di lobi medi, o di anelli, che possono pesare anche solo 6 gr., ma la cui enucleazione ripristina la funzione vescicale.

Nell'atrofia della prostata la parete vescicale presenta sempre una spiccata degenerazione della muscolatura come si osserva nel III stadio dell'ipertrofia; a questa si accompagnano, come è stato detto, gravi complicazioni infettive e degenerative dei reni di modo che l'atrofia della prostata è una malattia molto più grave dell'ipertrofia. L'A. crede che molto probabilmente, i fatti degenerativi renali e vescicali più che la conseguenza dell'ostacolo allo svuotamento della vescica, siano dovuti alle stesse cause (ateromasia) che producono l'atrofia della prostata.

La contrattura del collo vescicale fu descritta la prima volta da Fuller nel 1897. L'A. dal 1907 ne ha osservati 10 casi.

Si deve distinguere la contrattura del collo dal crampo dello sfintere. In casi studiati istologicamente l'A. ha riscontrato una degenerazione delle fibre muscolari dello sfintere e la loro sostituzione con tessuto di cicatrice.

La diagnosi di queste forme cliniche è sempre difficile. Specialmente difficile è il distinguerle l'una dall'altra. Per lo più non si rinviene alcun ostacolo all'introduzione di una sonda in vescica. Nell'atrofia della prostata la palpazione rettale ha una grande importanza perchè fa sentire un notevole assottigliamento della parete posteriore dell'uretra prostatica, e l'uretra è accorciata. Nelle altre forme la prostata si presenta di forma e consistenza normali. All'esame cistoscopico nell'atrofia della prostata il contorno dello sfintere appare concavo e come un margine tagliente anche sulla sua metà inferiore che normalmente invece è arrotondata. Nelle piccole ipertrofie i margini sono convessi o ondulati.

L'A. ha sempre eseguito la prostatectomia per via transvescicale nelle piccole ipertrofie; nelle atrofie e nelle contratture del collo esegue per via transvescicale una sezione col termocauterio della porzione posteriore del collo. I risultati, quando le condizioni del detrusore sono buone, sono sempre stati favorevoli.

MANFREDO ASCOLI.

L'anestesia paravertebrale in rapporto alle applicazioni urologiche.

(R. BROGLIO. *Annali italiani di Chir.*, anno VI, f. 6).

Sin dalle prime applicazioni dell'anestesia paravertebrale se ne rilevò la profondità e la durata sugli organi viscerali, e si dedusse da essa la segmentarietà della conduzione della sensibilità nei diversi visceri. Ne derivò l'applicazione in clinica sia a scopo diagnostico che terapeutico.

Le vie di trasmissione della sensibilità renale corrispondono alla 12ª radice dorsale e 1ª lombare. L'a. p. si è dimostrata molto utile per la diagnosi differenziale tra le affezioni dolorose del rene e quelle della cistifellea, dell'appendice, e degli annessi; e, nel tempo stesso, essa agisce terapeuticamente anche in affezioni renali di una certa entità. Si ha così la possibilità di poter dilazionare, quando ciò fosse opportuno, un intervento operatorio col beneficio di eliminare il fattore dolorifico e con esso anche quello spastico che talora aggrava il processo morboso fondamentale.

Nell'anuria funzionale, specialmente di origine riflessa, anche se bilaterale, l'a. p. offre un grandissimo vantaggio su altri metodi più infidi o più difficili.

Nelle nefriti acute l'A. ha ottenuto buoni risultati, specie nei riguardi del ristabilirsi di una diuresi abbondante; ma l'a. p. deve essere praticata nel primo stadio congestizio della malattia.

L'applicazione dell'a. p. nelle affezioni vescicali non può avere estese applicazioni data la complessità delle vie d'innervazione di quest'organo.

Si è ottenuta invece una buona anestesia testicolare (specialmente nei dolori da orchite acuta) iniettando a livello della 2ª radice lombare.

F. GRIFI.

L'azione degli antisettici urinari

(ROLPH STOCKMAN. *Edinburgh. Med. Jour.* luglio 1927, n. 7).

L'argomento è tutt'altro che semplice, poichè gli esperimenti in vitro e sulle culture non equivalgono a quelli sul corpo umano, e gli antisettici che noi diamo attraversando il corpo si alterano e disintossicano talmente da giungere nelle urine con molto scarso potere battericida. Di più è difficile ottenere la loro penetrazione in profondità nei tessuti urinari, e nella prostata e nelle vescicole o in altre parti persistono germi

che rinnovano l'infezione. In molti casi la formazione di ammoniaca dall'urea, e gli scambi che accadono sempre nei sali urinari, e che ci sono oscuri, creano delle cause disturbanti. Perciò il problema del valore degli antisettici urinari in pratica può risolversi meglio in clinica che nel laboratorio chimico.

L'A. considera fallace la prova del potere di un antisettico urinario basata sul tempo durante il quale la urina resiste alla *decomposizione ammoniacale.* Questo criterio è del tutto incerto, poichè si è visto che l'urina raccolta asetticamente, in vetri sterili e protetti resta immodificata, e tutto sembra dipendere solo dalla facilità più o meno grande di contaminazione. Le urine di P. che prendono copaive, benzoato, salicilato, fosfato di sodio o altre sostanze si decompongono con la stessa irregolarità di tempo e di grado che le urine normali. Da ciò non si deve dedurre che queste sostanze non abbiano potere antisettico, ma solo che la decomposizione ammoniacale non può essere presa come prova di questo potere, poichè è legata a fattori di contaminazione esterna.

Fosfato acido di sodio. — Raccomandato da Hulchison fu poi notevolmente usato per accrescere l'acidità della urina, basandosi sul fatto che esso è l'acidificatore normale di questa. E si pensò che più se ne somministrava e più l'urina diveniva acida, ma ciò non è poichè solo una parte è assorbita nell'intestino e a contatto del succo duodenale prima, del sangue poi, è più o meno trasformato da fosfato acido, in fosfato alcalino disodico ($Na\ H_2\ PO_4$) ($Na_2\ HP\ O4$). Da numerose accurate ricerche dell'A. risulta che l'effetto più comune è quello di rialzare l'acidità totale dell'urina, ma ciò accade in un grado variabile ed irregolare. Così pure ha riscontrato che non è capace di modificare la concentrazione dei joni idrogeno, nell'urina normalmente acida delle 24 ore. Riguardo ai suoi usi clinici, il fosfato acido di sodio può somministrarsi nei casi con urina con persistente reazione semialcalina e conseguente precipitazione di fosfati e carbonati, allo scopo di fornire un sale acido che possa combinarsi con gli alcali neutralizzandone l'eccesso. È utile anche se vi è una debole decomposizione ammoniacale dell'urina in vescica a causa di infezione batterica. Nell'urina acida il micrococco dell'urea e altri germi formanti ammoniaca crescono malamente; si sa che le urine acide si putrefanno più difficilmente delle alcaline. La sua azione può essere utilmente agevolata dall'urotropina o dall'acido borico. Nelle urine fortemente ammoniacali la sua azione è insufficiente. Se persiste l'infezione è bene fare lavaggi della vescica con soluzioni di acido borico per asportare il pus, i batteri e allora poi il fosfato acido agisce meglio. È utile prima e dopo gli interventi sulle vie urinarie per mantenere l'acidità totale dell'urina e prevenire l'attecchimento dei germi. Si associa spesso all'urotropina perchè in un'urina così resa acida, questa libera meglio e maggior copia di formaldeide.

Nel caso di cistite da B. Coli con urina acida e pus è impossibile accrescere l'acidità totale dell'urina col fosfato acido di sodio.

Acido benzoico e benzoati. — Essi sono capaci di acidificare una urina neutra od alcalina e ciò grazie all'acido benzoico che viene sintetizzato nel rene come acido ippurico il quale prende degli alcali ed è escreto nell'urina come ippurato. Come usi clinici essi entrano in campo come antisettici urinari solo quando l'urina è debolmente acida o alcalina, più specialmente quando è settica ed ammoniacale. In alcuni casi il risultato è completo, in altri solo parziale. Finchè l'urina rimane alcalina, il fosfato acido di sodio o l'acido borico possono essere dati pr aumentare l'azione del benzoato; quando l'urina è francamente acida si può dare l'urotropina. In casi di urina debolmente alcalina con fosfaturia il benzoato di ammonio di solito rende l'urina rapidamente limpida e può anche prevenire la formazione di calcoli fosfatici. Nell'infezione da coli l'urina è sempre e invariabilmente acida e il benzoato di sodio è incapace di aumentare questa acidità a un grado tale da inibire lo sviluppo del coli. I benzoati hanno scarso effetto sulle infezioni da coli. Essi non hanno neppure valore nelle infezioni, tifoidi, tubercolari nè gonococciche.

Acido salicilico e salicilati. — Sebbene consigliati come antisettici urinari sono poco usati a questo scopo. Hanno azione simile a quella dei benzoati; col trasportare alcali dal sangue essi tendono ad accrescere la quantità dei sali acidi nell'urina. Solo una piccola quantità è eliminata come salicilato di sodio, ma in diluizione tale da avere scarso effetto, ed in ogni caso esso è un debole antisettico. Il b. coli cresce bene in urina di pazienti che abbiano prese larghe dosi di salicilato di soda. Alcuni stipiti di streptococchi vi prosperano ugualmente bene, mentre altri sono fortemente inibiti.

Il salolo. — Compare nelle urine come salicilurato di sodio e sulfocarbonato di sodio, ambedue queste sostanze hanno scarso potere antisettico, tanto che non si comprende come il salolo possa godere tanta riputazione di antisettico urinario.

Finora non sono state fatte ricerche volte a confrontare la azione del *salicilato di ammonio* con quella del benzoato di ammonio sulla putrefazione delle urine.

Acido borico. — È un debole acido ed ha scarso

potere antisettico, ma clinicamente è assai usato ed ha grande valore pratico in alcune infezioni urinarie. Viene eliminato dai reni come metaborato o piroborato di sodio o di altri alcali. Come uso clinico, è assai utile nelle pieliti acute da b. Coli, e nelle cistiti associato agli alcalini. Nelle infezioni da staffilococco, nelle forme croniche da coli, e nelle cistiti ammoniacali, risponde bene se è necessario associato ad altri antisettici. Il bicarbonato di sodio che è il più rapido alcalinizzatore dell'urina può essere dato insieme all'acido borico, con buoni effetti.

Urotropina. — Essa agisce liberando formaldeide, ma ciò accade solo in un ambiente acido. Non è tossica, è rapidamente assorbita, circola nel sangue invariata ed è eliminata per le urine in venti minuti. Anche deboli soluzioni inibiscono la vitalità del coli, degli staffilococchi e streptococchi, mentre il gonococco ed i b. tubercolari sembrano resistere. È bene acidificare l'urina con fosfato acido di sodio, benzoato di ammonio, o acido borico isolatamente associati.

È sempre utile assicurarsi che la formaldeide si libera ed il metodo più sicuro per far ciò è di unire all'urina in una provetta una piccola quantità di una soluzione di floroglucina all'un per cento con un po' di soluzione di idrato di sodio al 30 %: se vi è formaldeide si avrà un colore rosso vivo.

Hexyl-resorcinol. — È un derivato della resorcina, non tossico alle dosi terapeutiche e di alto potere battericida in vitro. È stato trovato 46 volte più potente del fenolo, e 150 volte più della resorcina. È uno dei più potenti germicidi organici finora conosciuti, ma sventuratamente esso viene eliminato nelle urine come un corpo coniugato, e questo composto è inerte. Una piccola parte sfugge alla modificazione e resta attiva, ha il grande vantaggio di agire sia sull'urina alcalina che acida, ma è curioso ed inspiegato il fatto che se si aggiunge del bicarbonato di sodio l'urina perde il potere antisettico. L'A. non trovò vantaggi particolari sopra gli altri antisettici. Si somministra in capsule gelatinose, di grammi 0,15 sciolte in olio di oliva, due o quattro capsule tre volte al giorno dopo i pasti.

Bleu di metilene. — Utilissimo nel diminuire il pus, i germi ed i sintomi subiettivi, però persistono i fatti infettivi.

Acriflavina. — Ha la strana proprietà di essere più attiva nelle soluzioni in siero che in acqua. Colora le urine in giallo e le rende altamente battericide in vitro. Si dà alla dose di 0,10 grammi, tre volte al giorno in capsule di cheratina.

La resina di copaive. — Si dà a dose di 6 grm. tre volte al giorno. Non ha grandi effetti: le urine esposte all'aria si putrefanno in tempi varii come le urine normali. I germi (coli, stafilococchi, streptococchi) non sono granchè attenuati nella loro vitalità.

L'olio di copaive. — Risponde molto bene nella gonorrea e nella cistite gonococcica, tanto da poter concludere che l'azione di questi olii essenziali è elettiva contro il gonococco.

L. TONELLI.

L'ipertensione e il trattamento delle nefriti.

(F. ALLEN. *N. Y. State journ. of med.*).

Una reale importanza nella genesi delle malattie cardiorenali hanno i fattori tossici e infettivi, ma, secondo l'A., non è abbastanza evidente il rapporto con i patemi e le preoccupazioni, nè con i disturbi endocrini, e particolarmente con la menopausa; anche l'ipertensione da menopausa cede alla dieta.

Per la prevenzione delle malattie cardiorenali importa di mantenere per molto tempo una dieta adatta dopo una lesione renale acuta, e spesso conviene osservare per tutta la vita alcune limitazioni.

L'uso della carne nella misura abituale non pare un predisponente alle malattie cardiorenali; è bene invece ridurre, non abolire, l'uso del sale, dell'alcool, del tabacco.

Riguardo alla terapia, primo canone è di limitare il lavoro degli organi lesi. Le purghe e le cure di sudore sono utili nei periodi acuti, ma nel complesso hanno meno importanza della riduzione di un grammo di sale o di azoto nella dieta quotidiana.

La classificazione anatomica delle nefriti, che l'A. fa secondo Volhard, ha la sua importanza, ma in pratica importa più sapere che in un caso vi è ritenzione di azoto, in un altro edemi cospicui, in un altro forte ipertensione, senza preoccuparsi troppo di classificare la condizione tra le glomerulonefriti, le nefrosi, le sclerosi renali: quasi sempre si tratta di forme miste. Così pure le prove funzionali del rene hanno una importanza relativa: la costante di Ambard e i metodi derivati da essa, l'eliminazione delle sostanze di prova, la ritenzione di creatinina e indacano e i metodi della concentrazione e della diluizione, danno risposte parziali, su cui non può fondare sicuramente una prognosi, e non sempre una terapia. È più semplice e pratico vedere come il paziente risponde alla dieta.

Se tollera una dieta ricca di proteine, senza disturbi e senza ritenzione di azoto, non vi è motivo di ridurla, salvo che per uno scopo di profilassi puramente teoretica. Se l'azoto del san-

gue non diminuisce dopo qualche giorno di dieta povera o priva di proteine, c'è da aspettarsi uno stato uremico a breve scadenza.

Così pure se la dieta salata come d'ordinario non provoca edemi o ipertensione, una riduzione del sale non sembra necessaria. Se però, a dieta priva di sale, persistono edemi cospicui o una pressione arteriosa sopra 200 mm. Hg. in generale la sopravvivenza sarà soltanto di mesi.

L'acidosi non sembra una base solida per spiegare gli edemi e le lesioni renali. Se vi è una ritenzione acida, dimostrata da eccesso di fosfato e scarsezza di bicarbonato nel plasma, è meglio dare magnesia o sali di calcio, che si eliminano per l'intestino, anzichè bicarbonato. Ma è ancor meglio se si può modificare la dieta in modo da avere un'urina neutra.

L'A. non si sente di raccomandare le diete molto ricche di proteine, nè l'uso del cloruro di calcio contro gli edemi.

Dei diuretici, caffeina e teobromina talora riducono edemi resistenti alla dieta declorurata. Non ha esperienza del Novasurol in questi casi, ma non lo crede raccomandabile nei nefropazienti. Consiglia molta prudenza nell'uso di qualunque diuretico.

Allen ha provato in molti ipertesi la dieta priva di sali, ottenendone vantaggio in più della metà: egli non selezionava i suoi casi. Davano migliori risultati i casi con più di 580 mmg. di cloruri per 100 cmc. di sangue; i nefritici erano i più refrattari. Occorrendo associava la dieta priva di sali a quella scarsa di proteine. Nei casi trattati fu rara l'apoplessia, e spesso migliorò lo stato di debolezza cardiaca. Talora fu arrestata una retinite, e diminuirono gli accessi di asma renale o cardiaco. Le crisi ipertensive, e le vampe della menopausa, diminuirono col diminuire della pressione.

Non è generalmente necessario un riposo assoluto ai pazienti, così come una vita molto attiva non conduce necessariamente all'ipertensione.

Una dieta priva di sale è utile anche nei cardiaci, come necessario complemento della dieta asciutta, onde ridurre la sete. Sembra utile pure nel diabete insipido e nell'enuresi notturna.

Attuare una dieta priva di sale non è facile, perchè bisogna eliminare anche gli alimenti che ne contengono, e inoltre bisogna cercare di renderla meno sgradita al malato. Sono rari i pazienti che non tollerano una dieta totalmente priva di sale: in questi casi se ne può concedere una minima quantità. È bene controllare con esami delle urine delle 24 ore che l'escrezione è ridotta a circa mezzo grammo di sale al giorno.

DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

P. CIFUENTES e E. SÀINZ DE AJA. *Practicas de Urologia y Sifilografia*. Javier Morata, ed. Madrid.

Il bel volume che ci viene presentato è in tutto degno della fama che da tempo si sono procurati gli autori.

Cifuentes, il valente chirurgo dell'Ospedale della Princesa di Madrid e solerte segretario della Società Spagnuola di Urologia, si è assunto il compito di trattare la parte di urologia che più interessa il pratico nell'esercizio quotidiano. Con questo non ha trascurato un ampio capitolo dedicato alla chirurgia della prostata, che può essere letto con profitto anche da chirurgi provetti.

Merita speciale menzione come largamente Cifuentes citi autori e istrumenti di chirurgi italiani, *rarissima aves*. Soltanto è da osservare come l'apparecchio aspiratore per il massaggio e l'iperemia della mucosa uretrale, dal Cifuentes attribuito al Bronner di Berlino, sia invece da chiamarsi col nome del suo legittimo inventore, il nostro Cariani.

Con non minore competenza, Sàinz De Aja, il sifilografo dell'Ospedale di S. Giovanni e del Policlinico di Madrid, tratta della clinica e della terapia della sifilide. L'anatomia patologica è svolta con ampiezza in tutto degna dell'argomento e così la parte sierologica che riguarda la diagnosi. Alla cura sono poi dedicati intieri capitoli, a seconda delle fasi e stadi del morbo, in guisa da essere una sicura guida al medico che consulta questo trattato.

L'edizione, la rilegatura, le belle e numerose figure corrispondono intieramente al valore del libro, che contiene quanto di più recente è acquisito alla scienza e alla terapia.

AUGUSTO CASSUTO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Metodo incruento per l'espulsione dei calcoli uretrali.

L'espulsione spontanea di un calcolo migrante nell'uretra dipende dalle dimensioni del calcolo e dal calibro dell'uretra.

Un calcolo, che non superi le dimensioni di cinque-sei millimetri e sia sprovvisto di rugosità o punte, spinto dalla pressione dell'urina, può attraversare senza disturbi di sorta un'uretra sana; ma se supera le dimensioni suddette ed è provvisto di rugosità, si arresta lungo l'uretra, affondando i suoi angoli nelle pareti di essa; e le probabilità di arresto aumentano per le modificazioni del calibro dell'uretra, e cioè per i restringimenti che essa presenta nella sua porzione membranosa, nella sua porzione peniana, e nella sua porzione del meato urinario.

Arrestatosi il calcolo, la sua espulsione, la quale, come si è detto, dovrebbe avvenire per la spinta innanzi, determinata dalla pressione dell'urina, è ostacolata dallo spasmo dell'uretra nel punto di arresto del calcolo, e dal dolore vivo, che esso provoca, e che inibisce al paziente gli sforzi ausiliari di contrazione della vescica per l'urinazione.

Può un calcolo dell'uretra dopo parecchie ore di vive sofferenze — a volte dopo qualche giorno! — essere emesso con le cure mediche, rivolte a vincere lo spasmo dell'uretra, come bagni caldi, iniezioni di morfina e atropina; ma il trattamento di elezione finora — che io sappia — è stato sempre l'intervento o per l'estrazione e per lo spezzettamento attraverso le vie naturali o per l'uretrotomia esterna; e tale intervento deve essere il più precoce possibile per le eventuali complicanze che il calcolo uretrale suole produrre.

Quanto ho detto è oramai risaputo da tutti.

*
* *

Un metodo incruento, semplice, innocuo, che uso da qualche anno, e che in ogni caso ha risposto allo scopo, anche con calcoli delle dimensioni di un grosso fagiuolo in uretre di piccolo calibro, è il seguente:

Accertata la presenza di calcolo nell'uretra, con una comune siringa di vetro, priva di ago, attraverso il meato urinario, inietto nel canale dell'uretra 4-5 cc. di una soluzione all'1% di novocaina, indi, premendo col dito sulla fossetta navicolare, chiudo l'uretra, perchè si eviti la fuoriuscita del liquido iniettato, che lascio in sito per dieci minuti.

Viene così ad anestetizzarsi l'uretra, il cui spasmo contemporaneamente nel punto di arresto del calcolo viene a cessare.

Invito allora il paziente alla minzione: egli deve servirsi delle forze ausiliarie per una maggiore contrazione della vescica, ad ottenere una più valida pressione nel getto dell'urina.

Questa pressione, non fiaccata più dallo spasmo e dal vivo dolore, dilata il canale dell'uretra più del normale, ed il calcolo, disimpegnando i suoi angoli dalle pareti dell'uretra, spinto dalla pressione, viene emesso con grande facilità.

*
* *

La presente nota non ha pretesa di scoperta, perchè, se tale volesse considerarsi, ricorderebbe il risibile stupore della scoperta dell'uovo di Colombo. Intende solo divulgare fra i medici un metodo incruento, semplice, innocuo per la espulsione dei calcoli uretrali; metodo che il più delle volte risparmia ai pazienti l'intervento chirurgico, o per lo meno, le vive e lunghe sofferenze, che sogliono apportare i calcoli uretrali.

Vittoria (Siracusa).

Dott. GIOVANNI MANGIONE.

DIAGNOSTICA.

Gli errori diagnostici in urologia.

H. Blanc (*Journ. Médic. de Bordeaux*, ott. 1927) riferisce le cause che possono far errare in urologia.

Il dolore, che prima richiama l'attenzione in tali lesioni, può trarre in errore.

Così una tbc. renale anche grave, può evolvere con ematuria, ma senza dolori; inoltre in tale lesione si può avere un ottimo stato generale, che lascia il dubbio sulla specificità della lesione.

Anche l'ematuria può in seguito diminuire, e l'urina essere meno torbida, mentre invece il processo si diffonde; ciò è dovuto all'ostacolo opposto al deflusso dell'urina dai canalicoli intrarenali.

Lievi lesioni, al contrario, possono provocare intensi dolori, come si ha per l'eliminazione di piccoli calcoli, di renella, o per distensione della capsula renale in seguito a calcolosi. Talora il dolore è risentito al lato opposto del rene malato, dipendente o da una sovreccitazione del simpatico, o da iperemia vicariante.

Un calcolo vescicale per riflesso può provocare dolore renale, mentre quello renale può dar dolore in corrispondenza della vescica.

Così un calcolo renale, premendo sul nervo gluteo o su quello addomino-genitale, sia direttamente, sia per la perinefrite, può far localizzare il dolore alla regione glutea, allo scroto, alle grandi labbra.

Un cancro della prostata può manifestarsi con una nevralgia sciatica; una ipertrofia prostatica può non aver influenza sulla minzione, mentre un lieve restringimento uretrale può dare grave disuria, se la vescica non si contrae validamente.

Una poliuria persistente — escluso il diabete insipido — può essere legata ad una sclerosi renale o ad una tbc. renale o ad un rene policistico, o ad una ipertrofia prostatica, con ritenzione vescicale di urina.

Un rene che alla palpazione appare ingrandito, può esser tale per malformazione, per sinfisi renale unilaterale, per rene unico congenito.

In una lesione renale, l'assenza della febbre non è un elemento per una buona prognosi; occorre osservare lo stato generale, la funzione digerente, l'apparato cardio-vascolare.

Le ricerche cliniche vanno completate sempre con l'esame cistoscopico, con il cateterismo ureterale, con la radiografia e con lo pneumoperitoneo.

CARUSI.

CASISTICA.

L'ematuria essenziale.

O. Römcke e T. Serck-Hanssen (*Acta chirurgica scandinava*, 25 ag. 1927) riportano 17 osservazioni di ematuria essenziale, tutti operati ed in gran parte (15) studiati istologicamente.

Nella maggior parte dei casi non si avevano altri segni clinici che le emorragie, che duravano da qualche giorno a 20 anni. La intensità ne era variabile; in certi casi l'ematuria era tanto abbondante che i coaguli in vescica ostacolavano il passaggio dell'urina.

L'esame istologico dei reni asportati dimostrò 5 volte delle lesioni nefritiche, una pielonefrite, una emorragia sottocapsulare: 8 casi erano indenni da alterazioni patologiche.

Le alterazioni nefritiche consistevano in infiltrazione interstiziale di linfociti; una sola volta erano affetti i glomeruli. Le emorragie avevano sede nei tubuli retti; non si trovarono lesioni vascolari.

In un caso, si poterono fare esami a due riprese; si trovò la seconda volta dell'infiammazione corrispondente alla ripresa più intensa dell'ematuria dopo il primo intervento.

La causa più frequente dell'ematuria essenziale consiste per gli AA. nelle alterazioni infiammatorie dei reni; è però da osservare che vi sono dei casi in cui all'esame non si trova nulla.

Le 10 nefrectomie diedero 7 guarigioni; 7 nefrotomie e scapsulamenti furono seguite da 5 guarigioni. In un caso si dovette ricorrere secondariamente alla nefrectomia. È difficile stabilire delle regole fisse per le indicazioni operatorie in una malattia tanto capricciosa. *fil.*

La calcolosi renale cronica.

Ide (*Rev. méd. de Louvain*, genn. 1928) osserva che molte forme di calcolosi renale cronica rimangono sconosciute fino ad un'età avanzata. Il più spesso vengono confuse col reumatismo e con la sciatica. Si manifestano con un dolore sordo, unilaterale, esacerbantesi, in corrispondenza della natica e che si diffonde alla metà posteriore e superiore della coscia. Generalmente si tratta di donne che hanno oltrepassato la quarantina. Le urine, durante una crisi, contengono pus, tracce di albumina; ne sono assenti i cilindri; talvolta invece sono limpide, quando il calcolo blocca uno dei reni. Le urine abitualmente torbide coincidono con le remissioni della malattia.

Alla palpazione, si ha un dolore netto in corrispondenza dei lombi; la lastra radiografica è in tal caso rivelatrice. Nell'anamnesi si ha di solito il ricordo di una crisi di calcolosi acuta, confusa con appendicite, annessite o minaccia di peritonite od anche, talora, con la colite.

L'anamnesi, l'assenza di dolori alla defecazione, l'esacerbazione mestruale permettono la diagnosi, con l'aiuto dell'esame sistematico delle urine.

L'intervento chirurgico va considerato caso per caso, specialmente negli individui giovani, con molte sofferenze ed obbligati al lavoro. La cura preventiva è semplice e consiste nel bere abbondanti bevande. *fil.*

La calcolosi vescicale nei bambini.

Tale affezione non è punto rara nei bambini; essa si riscontra dal 20 al 75 % nei bambini al di sotto di 15 anni.

Nobecourt (*Clinique Médic. des enfants*, 1927) riferisce i sintomi che presenta la litiasi vescicale: la pollachiuria notturna, la minzione dolorosa, a gocce deve far sospettare tale affezione; un sintomo di certezza è costituito dall'interruzione brusca del getto d'urina. Si hanno inoltre dolori al basso ventre, talora a forma di crampi; senso di peso al perineo. L'ematuria è rara, per la scarsa vascolarizzazione della vescica nei bambini. Con la palpazione rettale si può anche notare il calcolo, sotto forma di corpo duro, spostabile; la radiografia conferma la diagnosi.

In un secondo tempo si può stabilire una piuria, e infezione del rene per via ascendente.

Nelle bambine il calcolo di regola viene emesso spontaneamente, nei bambini di rado.

Una diagnosi differenziale va fatta con la cistite tbc: quest'ultima però presenta dolori più vivi e continui, sia durante, sia dopo la minzione; l'ematuria è più frequente.

La cura è medica: acque e medicinali antiurici, e chirurgica. CARUSI.

La pielite nella gravidanza.

La pielite è nella gravidanza attribuita sopra tutto al fattore meccanico della compressione esercitata dall'utero gravido sopra l'uretere. Ma Danforth e Evanston (*Amer. Jour. of Obstetrics and Gynecol.*, n. 4, ott. 1927) hanno notato come spesso la pielite persista anche dopo il parto, e riferiscono interessanti studi volti a dimostrare che la pielite nella gravidanza non è dovuta solo a questo fattore, ma anche a condizioni uretero-renali preesistenti. Essi hanno studiato 13 casi di pielite gravidica con metodo rigoroso; il loro metodo di cura ordinaria era molto semplice: cioè prima mettere e mantenere la paziente in posizioni atte a evitare la compressione, poi uso di grandi quantità di acqua (1 bicchiere pieno ogni ora) e scarsi antisettici urinari, solo se questi mezzi fallivano ricorrevano al cateterismo degli ureteri. Essi affermano che il ritenere che il termine della gravidanza curi la pielite non è esatto poichè questa è dovuta spesso a condizioni preesistenti date da ostruzioni congenite od acquisite dell'uretere, il che è provato dal fatto che anche dopo 4 anni dal parto essi poterono riscontrare distensione del rene o dell'uretere, e ostruzione di questo ultimo. Gli AA. preparano per qualche giorno il P. alla cistoscopia con riposo in letto e grandi bevute di acqua; poi il giorno della cistoscopia, un'ora prima dell'esame applicano un suppositorio di oppio e belladonna, e dopo mezz'ora fanno una iniezione di pantopon, dopo di che affermano di potere praticare le ricerche senza che il malato risenta particolari noie nè dolori. Dopo un prolungato lavaggio della vescica, assicuratisi da quale parte viene il pus, passano un catetere ureterale da questo lato; se è possibile passano il N. 6 F. e praticano poi attraverso ad esso un lavaggio accurato della pelvi con soluzione salina normale. Essi affermano che la mucosa pelvica ed ureterale sono spesso congeste ed alterate sì che l'applicazione di antisettici non fa che aggiungere dei danni a quelli già esistenti. Spesso lasciano il catetere in sito a permanenza per 2-3 giorni per assicurare il drenaggio della pelvi. L. TONELLI.

Sulle stenosi ureterali.

C. Church (*N.-Y. State Jour. of Med.*, 1° aprile 1927), pur tenendo qualche conto delle stenosi di origine estrinseca, dà molto peso, come tutti gli americani, alle consuete infezioni focali (denti, tonsille, sinusiti, prostatiti, ecc.) donde partirebbero germi, che, in certe condizioni, infetterebbero il tratto urogenitale, particolarmente le pareti dell'uretere, e di qui verrebbero come conseguenza calcoli urinari, idrouretere, idronefrosi, pielite, pionefrosi, nefroptosi, rene mobile, ematurie essenziali, nefrite interstiziale. Perciò, secondo l'A., in tutti questi casi occorre ricercare una eventuale stenosi dell'uretere, e curarla.

La cura della stenosi ureterale deve consistere nella dilatazione con cateteri e, se non riesce o non è indicata, nella nefrectomia; inoltre (battuta d'obbligo degli autori americani *N. d. R.*) nella rimozione dei focolai infettivi locali.

I sintomi vescicali possono dipendere da infezione della parete vescicale, donde ulceri, o fibrosi della muscolatura vescicale. Talora è in campo anche una stenosi uretrale.

Occorre indagare pure le cause estrinseche di stenosi, e particolarmente compressioni o aderenze dovute a pregresse operazioni.

Dopo un intervento è utile un esame delle vie urinarie coi raggi X, eventualmente ripetuto.

Se si sono trovati calcoli occorre esaminarli, e dare gli opportuni consigli dietetici, a seconda del genere del disturbo del ricambio da cui dipendono DORIA.

Pielonefriti a sindrome azotemica.

Esiste una varietà di pielonefriti, in cui, essendo quasi nullo il fatto suppurativo, le lesioni del parenchima renale assumono tale gravità da condurre in qualche mese all'uremia. La sintomatologia clinica, in questi casi, è sempre dominata dal fatto pielitico che, con la febbre, piuria e dolore, maschera i segni più discreti della insufficienza renale progressiva.

M. Secrétan (*Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale*, ottobre 1927) ne riferisce due casi, veramente dimostrativi, ed insiste nel richiamare l'attenzione dei medici sull'azotemia altissima, che in questi casi deve servirci come mezzo principale di diagnosi, che va sospettata quando l'oliguria è manifesta, e l'albuminuria è sproporzionata alla piuria. Stabilita la diagnosi, ed escluso che la lesione possa essere mantenuta da un ostacolo qualunque nell'albero urinario, resta limitatissimo ed inane ogni tentativo terapeutico. V. LOZZI.

Miosi ed uremia.

Segnalata dall'Addison, la miosi nel corso dell'uremia è stata resa nota dal Bouchard (Vedel e Puech: *Bull. Soc. Scienc. médicales de Montpellier;* agosto 1927). Il restringimento delle pupille è

dato come sintoma di uremia insorgente improvvisa, fulminante, con coma, come pure nelle forme croniche.

Bouchard la attribuiva all'intossicazione uremica, Lemierre ne incrimina l'azotemia pur dichiarando di non averla trovata che nei grandi azotemici. D'altra parte la miosi è segnalata negli accidenti da ipertensione senza lesione organica cerebrale come anche nelle emorragie cerebrali o meningee. Non sono notate relazioni fra acidosi e miosi: il coma diabetico si accompagna piuttosto con midriasi.

Le ricerche degli AA. sinora sono state esplicate in un grande numero di malati sia insufficienti renali, con accidenti uremici o senza, con ritenzione clorurata o non, sia in non renali. Risulta dai loro dati che la miosi esiste spesso all'infuori di ogni insufficienza renale, nell'emorragia e nel rammollimento cerebrale, nei soggetti in età avanzata e sclerosi. Su trenta casi di insufficienza renale le pupille erano ristrette 10 volte e normali o dilatate 20 volte. L'insufficienza renale si accompagnava con accidenti uremici in sette casi nei quali esisteva la miosi ed in 11 casi ove essa era assente. Questo porta ad una proporzione del 34,5 % di miosi, di 65,5 % di pupille normali, percentuale che si modifica poco se non si considerano che i casi accompagnantisi con accidenti: 38,2 per il primo gruppo, 61,8 per il secondo.

D'altra parte è impossibile fissare alcun rapporto fra lo stato delle pupille e le manifestazioni cliniche constatate, nè con le diverse modalità patogenetiche della ritenzione renale. In particolare niente vi ha a che fare il tasso dell'urea sanguigna, della creatinina, dell'azoto residuo. Si potrebbe piuttosto pensare ad una reazione con la ritenzione clorurata a causa dell'edema cerebrale che essa provoca, poichè in tali casi si è presentata la miosi in 4 casi su 4. Sarebbe interessante vedere se la ritenzione secca dei cloruri, la ritenzione clorica, possa produrla.

MONTELEONE.

TERAPIA.

La cura delle pielonefriti.

Anzitutto la cura deve essere *causale;* p. es. nella pielonefrite *tubercolare* si deve praticare la nefrectomia precoce, senza lasciarsi indurre a tergiversare dalle remittenze anche notevoli del male, chè questo può presentare poi dei bruschi e gravi risvegli. Nella pielon. *calcolosa* è per lo più bastevole la cura medica. I lavaggi del bacinetto sono utili nei casi gravi. La p. *colibacillare* richiede il vaccino specifico. Nelle p. *blenorragiche* ugualmente efficace è il vaccino antigonococcico.

La *cura sintomatica* varia se vi è febbre o no:

a) nei febbrili: riposo a letto, regime idrolatteo, compresse acldo umide. Acque minerali leggere, tisane diuretiche;

b) se manca la febbre: urotropina 0,50 a pranzo e cena, regime latteo vegetariano con frutta, un po' di carne arrostita a mezzodì. A digiuno due grandi bicchieri di acque minerali Dopo qualche giorno sostituire la urotropina con la trementina. Pr.: trementina li Venezia e can fora ana ctgr. dieci; codeina ctgr. due; p. una pillola; s. una, mattina e sera. Si può dare anche il benzoato di sodio a uno o due gr. al giorno. (*Journ. des Pratic.*, 18 giugno 1927, p. 409).

L. TONELLI.

La cura di alcune forme di restringimento dell'uretra anteriore.

P. Cifuentes (*Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale*, nov. 1927) si occupa: dei restringimenti del meato complicati da fimosi aderente, e del restringimento insuperabile dell'uretra peniena.

Nel I caso, essendo impossibile praticare l'operazione tipica della fimosi, non riuscendo la dilatazione graduale del meato per la poca distensibilità di esso, fallendo nel massimo numero dei casi la meatotomia, l'A. pratica con successo l'*escissione* dell'estremità del prepuzio, del meato e della punta del glande. Estirpata la parte ristretta, sutura l'uretra alla pelle con una corona di fili di catgut.

Nel II caso pratica, come tempo preliminare all'uretrotomia interna, un'uretrotomia esterna perineale, appena sufficiente per permettere il cateterismo retrogrado dell'uretra peniena ristretta con una minugia, la quale servirà da guida all'introduzione della minugia dell'uretrotomo. È noto infatti che moltissime stenosi uretrali le quali sono insuperabili ad un cateterismo anterogrado, sono facilmente superabili ad un cateterismo retrogrado.

Queste due innovazioni tecniche possono giovare moltissimo, ed è bene siano conosciute.

V. LOZZI.

Consigli per il medico pratico nell'incontinenza dell'urina nell'uomo.

L'incontinenza di urina, osserva G. Pleschner (*Wiener klin. Wochenschr.*, n. 41, 1927) può essere permanente o temporanea. È permanente se un calcolo o un villo papillomatoso si spinge nell'anello sfinterico in modo da lasciar defluire l'urina ma da impedire la chiusura dello sfintere. In altri casi lo sfintere è leso nella sua funzione in seguito a traumi; oppure esso è distrutto da processi infiammatori o neoplastici.

Di fronte a questo gruppo di incontinenza permanente sta un gruppo più importante di incontinenza relativa. Si può osservare incontinenza relativa anche a vie urinarie normali; un forte stimolo ad urinare per la ripienezza della vescica e una diminuzione dell'impulso volitivo, possono determinare la minzione involontaria (abuso alcoolico, narcosi). In altri casi alterazioni dell'uretra posteriore o del collicolo costringono i pazienti all'emissione involontaria di urina. Pazienti affetti da stenosi uretrali spesso emettono involontariamente una piccola quantità di urina dopo la minzione normale; l'urina che si era raccolta nella parte dilatata dell'uretra posta a monte della stenosi. Altre volte la vescica ha una scarsa capacità così da determinare l'incontinenza per la sua facile ripienezza (vescica raggrinzita tubercolare, vescica con esiti di pancistite). Praticamente il gruppo principale di incontinenze è quello funzionale: disturbi funzionali dello sfintere nell'ipertrofia della prostata e in affezioni del sistema nervoso centrale. Nell'ipertrofia della prostata si osserva incontinenza nel primo stadio (il paziente si deve abituare alle nuove condizioni locali create dallo sviluppo dell'adenoma periuretrale) e poi di nuovo nel terzo stadio (iscuria paradossa). Le malattie del sistema nervoso centrale determinano incontinenza di solito in uno stadio avanzato.

POLLITZER.

Contributo all'etiologia e alla cura delle nefrosi.

La tubercolosi ad andamento mite, spesso senza sintomi rilevabili in altri organi, può costituire la causa di una nefrosi genuina.

Ne riferisce un caso A. La Silva-Mello (*Med. Klin.*, n. 35, sett. 1927).

Il trattamento curativo consistette in applicazioni di raggi ultravioletti, per mezzo della lampada di quarzo, su tutto il corpo, e la guarigione, duratura dopo lungo tempo, si ottenne rapidamente.

M. FABERI.

TECNICA.

La pneumopielografia.

Gottlieb e Strokoff (*Journal d'Urologie*, n. 4, 1927) avendo praticate moltissime pielografie con i comuni liquidi, ed avendo notato spesso inconvenienti: dolori, febbre, un caso di morte in un pionefrotico, immagini poco dimostrative, ecc., credono aver sufficiente esperienza per poter consigliare di praticare la pneumopielografia con ossigeno, od aria comune, invece che le comuni pielografie nei casi di idro-pionefrosi, calcolosi.

I vantaggi in caso di idro-pionefrosi sarebbero: mancanza d'irritazione, di dolore, febbre; mentre l'immagine radiografica sarebbe bellissima. Questo mezzo risponderebbe magnificamente in caso di calcolosi, in cui sarebbero dimostrati calcoli altrimenti invisibili.

Gli AA. riportano delle fotografie veramente dimostrative, che incoraggiano in questa pratica

V. LOZZI.

Pielo-ureterogrammi. Studio critico.

Casper (*Archiv f. klin. Chir.*, vol. 144, pag. 289, 1927) mette in guardia sull'interpretazione troppo sottile della pielografia. Molti aspetti della pelvi che vengono interpretati come patologici in realtà non lo sono. Egli, p. es., ha osservato ripetutamente in individui certamente sani, aspetti pielografici che sono perfettamente eguali a quelli descritti da molti altri autori come patologici; così la pelvi a drago, a corolla, a topo, ecc. Piccole dilatazioni pelviche possono trovarsi anche in malattie non chirurgiche dei reni e non rappresentare per sè, nessuna ragione d'intervento.

In complesso dalla sua vasta esperienza crede di poter inferire che se la pielografia in moltissimi casi è di grande utilità, talvolta può portare in errore quando, su aspetti non tipici e non netti si voglia basare una diagnosi non suffragata da altri sintomi.

VALDONI.

Ricerca dei pigmenti biliari nell'urina.

Kuhn (*Bull. Acad. de méd. de Paris*, 6 dic. 1927) propone la seguente reazione.

1) Soluzione acquosa di solfato di rame crist. a 5 % cmc. 2; ammoniaca pura a 22° cmc. 10.

2) Acido fosforico liquido a 60° cmc. 20; acqua distillata cmc. 20.

In un tubo da saggio, si versano 20 cmc. di urina e 2 cmc. della soluzione 1) e poi 2 della 2). Si rimescola e si aggiungono sei gocce di toluol. Si agita vivamente e si lascia in riposo. Si fanno allora colare cautamente alla superficie 3-4 cmc. di alcool; in presenza di bilirubina, si forma, alla zona limite, un anello verde e poi la colorazione si diffonde in tutto l'alcool. In mancanza di bilirubina, si ha produzione di un leggero colore rosa, o grigio-bluastro o bruno.

Il solfato di rame ammoniacale trasforma la bilirubina in biliverdina, la quale è resa insolubile per la presenza di un acido minerale. Il toluolo, poi, la porta alla superficie, dove si può caratterizzarla mediante l'aggiunta di alcool.

La reazione è specifica.

fil.

La ricerca ed il significato delle diastasi urinarie.

L. Kreyberg (*Norsk Magazin for Laegevidenskaben*), 1926, n. II) ha ricercato le diastasi urina-

rie con il metodo di Wohlgemuth. In una serie di provette si mette l'urina in quantità decrescente: 1/2 cmc., 1/4, 1/8, ecc., mescolando con soluzione di cloruro di sodio al 0,9 %, fino a completare il volume di 1 cmc. Ad ogni provetta, si aggiungono poi 2 cmc. di soluzione di amido a 1 ‰. Si lascia in termostato (a 38°) per un'ora, dopo di che si agggiunge dello jodio. L'indice diastatico corrisponde alla quantità di soluzione di amido che viene trasformata da 1 cmc. dell'urina in esame; quindi alla serie di provette corrispondono i numeri: 4, 8, 16, 32, 64, 128.

Negli individui sani l'indice è fra 4 e 64; l'8 % ha l'indice fra 8 e 32. Le malattie acute del pancreas ed, in qualche caso, anche delle ghiandole salivari sono accompagnate da elevamento dell'indice, che, in un caso dell'A. ha raggiunto la cifra di 4096. L'innalzamento è rapido e, spesso, di breve durata.

Alcune malattie acute febbrili (appendiciti, peritoniti) addominali sono accompagnate da un moderato innalzamento dell'indice, segno probabile di lievi lesioni delle ghiandole interessate.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'influenza dell'estratto ipofisario nell'escrezione dell'urina.

Gli AA. sono divisi in due campi sostenendo alcuni un effetto favorente la secrezione, asserendo gli altri che l'ipofisi avrebbe una azione ostacolante. Per decidere la questione Filiuski e Fidler hanno istituito delle interessanti ricerche (*Polska Gazeta Lekarska*, n. 48, 28 nov., 1926): essi studiano per un giorno il funzionamento renale del P. dal punto di vista della eliminazione idrica, facendogli bere 1,500 cmc. di thè leggero, e raccogliendo l'urina ogni 1/2 ora. Il giorno successivo questa prova è preceduta dalla iniezione di 1 cmc. di estratto ipofisario. La secrezione urinaria risulta notevolmente diminuita. Quatto, cinque ore dopo, cessato l'effetto della pituitrina il rene elimina urina di debole intensità. L'iniezione di pituitrina non solo riduce l'eliminazione idrica, ma anche quella dei cloruri e dell'urea. La pituitrina resterebbe senza effetto sulla secrezione urinaria se l'organismo non ha una sufficente riserva d'acqua. L'estratto ipofisario agirebbe sull'epitelio renale. L'adrenalina non influenzerebbe nè la secrezione idrica, nè la concentrazione dell'urina, e non modificherebbe l'azione della pituitrina. Invece l'insulina diminuisce fino a un certo punto l'azione della pituitrina. La pituitrina va considerata controindicata nelle lesioni renali e nelle insufficenze del miocardio.

L. TONELLI.

Nuove ipotesi sulle nefriti.

Classicamente si suole distinguere un tipo idropigeno ed uno uremigeno di nefrite, con ritenzione rispettivamente di cloruri e di urea: si spiegano le differenze con la parte del rene affetta. Però tali distinzioni non sono del tutto soddisfacenti perchè un tipo passa facilmente nell'altro, e la cloruremia nelle nefriti idropigene è generalmente scarsa, mentre nell'anuria calcolosa la cloruremia eccede molto la norma.

A. Fishberg (*Arch. int. Med.*, 1926, XXXVI, 259) pensa che nei casi di ipofunzione del rene si possono distinguere due stadi: stadio di compenso, e stadio di scompenso. Nel primo stadio vi è solo una diminuzione del potere di concentrazione, che è compensata dalla poliuria, nel secondo stadio la poliuria diminuisce, e si ha ritenzione di azoto nel sangue.

L'oliguria può dipendere dal danno renale, ed allora è a basso peso specifico (1010-1015), può dipendere da una causa extrarenale, e allora è ad alto peso specifico: tale causa extrarenale consiste in una insufficienza cardiaca, od è una così detta ritenzione osmotica di Epstein, cioè, come dice l'A., una deviazione prerenale dell'acqua, la cui causa va cercata nello stato dei tessuti. Egli ha modificato la prova della concentrazione e la esegue così: dopo il pasto serale non dà cibi solidi nè liquidi: fa vuotare la vescica al mattino, e poi successivamente ogni ora per tre ore. Questi ultimi campioni nei normali raggiungono 1030 di peso specifico, negli uremici non superano 1020, e spesso sono intorno a 1010.

In sostanza Fishberg, insieme con Epstein e De Wesselow, pensa che la ritenzione di cloruri è la conseguenza e non la causa dell'idrope, la quale si manifesta quando il contenuto di proteine del sangue è così basso che una trasudazione di cloruri e di acqua nei tessuti accade come un puro fenomeno osmotico. Altre cause, sempre extrarenali, dell'edema sono la degenerazione del miocardio e l'alterazione dei capillari.

Quando un rene è molto alterato concentra male tanto l'urea che i cloruri, e non vi sarebbero sufficienti prove di una ritenzione elettiva di una di queste sostanze da causa renale.

(*Lancet*, 18 sett. 1926).

DORIA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per la repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie.

È stata distribuita a Montecitorio la relazione della Commissione incaricata dell'esame del progetto di legge, già approvato dal Senato, per la repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie.

Il relatore, on. Perna, illustra a lungo l'importanza ed il contenuto del progetto di legge.

Dopo aver ricordato le precedenti leggi intese a reprimere la piaga minacciosa dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie, la relazione nota che l'insuccesso di tali leggi si deve essenzialmente al fatto che la delittuosa attività dell'abusivismo, minacciosa per la salute pubblica, fu considerata dalle leggi fatte per reprimerla come semplice contravvenzione, e non come reato, come di fatto è concorrendovi il dolo ed il danno, e come tale passibile di severe sanzioni penali.

Per quanto si riferisce agli esercenti abusivi della odontoiatria — nota la relazione — è da mettersi in rilievo che essi provengono in gran parte dagli odontotecnici, i quali, come fu precisato nella relazione alla recente legge che disciplina le arti ausiliarie delle professioni sanitarie, sono operai od artieri « costruttori, cioè, di apparecchi di protesi dentaria i quali non debbono avere, mentre oggi molti purtroppo hanno, alcun rapporto diretto, nel compiere il loro lavoro, con i pazienti ai quali gli apparecchi di protesi vanno applicati. La loro capacità tecnica, quando la posseggono, deve esplicarsi solo in determinati limiti, per non essere di nocumento alla salute pubblica. Questi limiti sono nettamente segnati dal loro tavolo di lavoro manuale, dalle impronte e dalle indicazioni fornite, caso per caso, dal sanitario ».

Trattando poi della questione dei pratici farmacisti il relatore afferma che il pratico di farmacia, così come fu creato nel passato, rimane un pericolo per la salute pubblica che non viene, dalla sua opera, sufficientemente garantita.

La relazione conclude dicendo che la Commissione ritiene che si debbano respingere le richieste dei pratici esercenti abusivi e formula il voto che il disegno di legge in esame diventi con sollecitudine legge dello Stato, e che essa trovi la sua più vasta e rigida applicazione.

Infine fa voti che per l'efficace e rigorosa applicazione dell'articolo 2 che mira a reprimere la parte più vergognosa dell'esercizio più abusivo, quella del sanitario che presta il proprio nome a chi usurpa i suoi diritti, in sede di regolamento si stabilisca nettamente che l'odontotecnico e il commesso di farmacia non abbiano mai e per alcun motivo rapporti diretti o indiretti col cliente.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALBA (*Cuneo*). — Uff. san.; scad. 10 apr.; L. 7000; titoli ed esami; è consentito l'eserc. della profess.; rivolgersi R. Prefettura di Cuneo.

ALBANO LAZIALE (*Roma*). — Scad. 30 apr.; uff. san. con Genzano e Ariccia; L. 12,000 e 5 quadrienni dec., L. 500 indenn. missione ogni Comune aggregato al Capo consorzio; trasp.; divieto eserc. profess.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,20. Rivolgersi R. Prefettura di Roma.

AMELIA (*Terni*). — Scad. 20 apr.; 2 cond.; lire 8000, oltre L. 600 serv. att., c.-v., 5 sessenni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Cercasi assistente laureato di recente; stip. 4400 lorde, alloggio, vitto tutti i giorni o equivalente in danaro. Per informazioni rivolgersi alla Direzione Sanitaria.

BASCHI (*Perugia*). — A tutto 30 apr.; capoluogo; L. 9000 per 1000 pov. e addizionale L. 2; sei sessenni dec.; L. 600 serv. att.; c.-v.; L. 500 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 10 mar.

BAGNO DI ROMAGNA (*Forlì*). — Scad. 30 apr.; 2 cond.; L. 11,000 e 10 bienni ventes., L. 4000 cavalc., età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

CARMIGNANO (*Firenze*). — Al 15 apr.; per Comeana; L. 8500 oltre L. 3000 (rivedib.) trasp., 8 trienni dec.; tassa L. 50,10; serv. entro 15 gg.

CARINI (*Palermo*). — L. 7700, senza indennità, tranne le trasferte; 5 quinquenni; addizion. L. 3 ogni povero oltre i 1000; titoli ed esami; scad. 15 apr.

CARPI (*Modena*). — A tutto 15 apr.; 2ª cond. rur. 2 frazioni pianura; ab. 4032; pov. 487; L. 9000 più L. 2500 cavallo o automob., L. 600 ambulat., L. 930 indenn. supplement., c.-v., dieci bienni ventes.; ricostruz. carriera; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15; docum. a 3 mesi dal 24 feb.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Uff. sanitari per S. Giovanni in Fiore, consor. Verbicaro e consor. Grimaldi; titoli ed esami; tassa L. 50,20; scad. 28 apr.

FOGGIA. *Amministraz. Provinc.* — Al 30 apr., ore 12, direttore della Sez. Medico-micrograf. nel Laborat. Provinc. d'igiene e profilassi; stip. lire 14,000 e indenn. serv. att. L. 1500; due assistenti, nella Sez. suddetta e nella Sez. chimica; stip. lire 9000 e indenn. serv. att. L. 1350; c.-v. per tutti. Titoli ed esami. Sono anche disponibili 1 posto di applicato registratore, 2 di preparatori e 3 di vigili sanitarî. Rivolgersi alla Segreteria.

FOLLINA (*Treviso*). — Scad. 23 apr., ore 18; L. 8000 pei pov., L. 600 uff. san., c.-v., trasp., alloggio. Rivolgersi Podestà.

FORLÌ. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Cesena; L. 14,800 e 10 bienni ventes. oltre L. 7500 serv. att., non c.-v.; ab. 54,076; ha. 24,585; divieto libero eserc.; scad. 5 mag.; età lim. 45 a.; tassa L. 50 al Tesoriere provinc. Chiedere ann.

GINESTRETO (*Pesaro*). — Scad. 17 apr.; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 200 (*sic*) uff. san., L. 3000 cav., addizion. L. 2 oltre 500 pov., L. 3 oltre 1000, c.-v.; tassa L. 50,15.

NAPOLI. *Municipio* (IX Divisione). — Secondo coadiutore e medico assistente al Laboratorio medico-micrografico e 3 chimici assistenti al Labor. chimico; titoli ed esami; L. 8000 pel 1° posto, L. 6500 per gli altri, c.-v., 10 % proventi, due decimi quinquennali; tassa L. 50,10. Chied. avviso. Scad. ore 17 del 25 apr. Docum. alla Segreteria della Direzione d'Igiene, Palazzo S. Giacomo, Piazza del Municipio.

NUORO. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. med.-microgr.; stip. L. 15,000, indenn. serv. att. L. 3000. Assistente detta; L. 12,000 e L. 2000. Coadiutore Sez. chim.; L. 14,000 e lire 2000. Scad. ore 18 del 30 apr.

PRESENZANO (*Napoli*). — L. 8000 e 5 quadrienni dec.; scad. 15 apr.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15.

REGGIO CAL. *Amministr. Provinc.* — Direttore e due assistenti per la Sezione med.-microgr.; detti per la Sez. chim.; stip. L. 13,700 aumentabile a 16,000 e L. 11,600 aumentab. a 13,700, oltre L. 3500 e 2800 serv. att. Rivolgersi Segreteria. Scad. 4 mag.

REVIGLIASCO (*Torino*). — Scad. 15 apr. Rivolgersi Segret. com.

ROBELLA (*Alessandria*). — Consorzio; L. 10,000; scad. 15 apr.

ROCCAMASSIMA (*Roma*). — Scad. 15 apr.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dall'11 feb.; stip. L. 10,500 oltre L. 600 cav., L. 400 uff. san., c.-v., 5 quadrienni dec., L. 100 mens. arm. farm.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Due aiuti radiologi ed un aiuto patologo; scad. ore 16 del 30 apr.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; esami e titoli; L. 7300 e c.-v.; chiedere annunzio.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Tredici tenenti medici in servizio permanente nel Corpo sanitario militare marittimo; scad. 20 apr.; vedi fasc. 8.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Tre posti di medico provinciale aggiunto di seconda classe con l'annuo stipendio di L. 9500 ed il supplemento di servizio attivo di L. 2100 fra il personale ex combattente, nonchè quello che si trovi nelle condizioni di cui all'art. 19 del R. D. 8 maggio 1924, n. 843, assunto, dopo l'8 maggio 1924 presso le Amministrazioni dello Stato, in qualità di straordinario avventizio, durnista, giornaliero od in altre categorie non di ruolo, comunque denominate, che risulti in possesso degli altri requisiti prescritti dal primo comma dell'art. 18 del predetto decreto, abbia al 19 gennaio 1926, prestato ininterrotto servizio per almeno un anno ed entro il 19 marzo 1926, abbia ai sensi dell'art. 8, ultimo comma, del precitato R. D. fatta dichiarazione di trovarsi in condizione di avvalersi dei benefici consentiti dall'art. 7 dello stesso decreto. Gli aspiranti dovranno far pervenire al Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) non più tardi di due mesi dalla pubblicazione (del 6 marzo) domanda su carta da bollo da L. 3 corredata dai documenti di rito. (*Gazzetta Ufficiale* del 6 marzo 1928, n. 55).

SANTHIÀ (*Vercelli*). — A tutto il 15 maggio ufficiale sanitario; v. fasc. 12.

SORESINA (*Cremona*). — Scad. 12 apr.; L. 10,500 e aumenti fino al 50 % in 20 anni; addizion. lire 2000 primo migliaio, L. 2 ciascuno oltre; c.-v.; L. 1500 trasp.; tassa L. 50,15.

VOLTA MANTOVANA (*Mantova*). — Scad. 10 apr.; 1a cond.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre lire 1200 osped., c.-v., L. 2500 cav. o autom.; tassa L. 50,10.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il sen. prof. Pietro Albertoni è nominato membro della « Academy of Political Science » di New York, in riconoscimento dell'importanza dei suoi studî di fisiologia sociale.

Il prof. Antonio Pensa è nominato rettore dell'Università di Parma.

Sono promossi stabili i proff.: Guglielmo Bilancioni di clinica oto-rino-laringoiatrica a Pisa, Luigi Guglianetti di clinica oculistica a Modena.

Il prof. Erich Lexer, di clinica chirurgica, è chiamato da Friburgo i. Br. a Monaco di Baviera.

Il dott. Willis Dew Gatsch è nominato professore di clinica chirurgica, compresa la ginecologia e la chirurgia ortopedica, alla Scuola Medica dell'Università d'Indiana, a Indianapolis.

Sono abilitati alla Libera docenza in:
Anatomia patologica: D'Alessandro Francesco.
Batteriologia: Ascione Guglielmo, Zanelli Pietro.
Batteriologia e Immunologia: Pepeu Francesco.
Chimica Bromatologica: Cappelli Giuseppe.
Clinica Chirurgica e Medicina operatoria: Angeli Aurelio, Bufalini Maurizio, Catterina Attilio, Ceccarelli Galeno, Grignani Rodolfo, Stropeni Luigi.
Clinica Dermosifilopatica: Crosti Agostino, Del Vivo Goffredo, Flaver Francesco, Pais Luigi, Radaelli Alessandro.
Clinica delle Malattie delle vie urinarie: Broglio Ruggero, Combino Silvio.
Clinica Medica: Antonelli Giovanni.
Clinica Medica e Semeiotica: Alzona Federico, Barinetti Carlo, Condorelli Luigi, Greppi Enrico, Schiassi Francesco, Signorini Ernesto, Villa Luigi.

Clinica Neuropatologica: D'Antona Leonardo, Pilotti Giovanni, Massazza Adolfo.

Clinica Oculistica: Accardi Vincenzo, Carmi Alberto, Castelli Bortolo, De Rosa Giuseppe, Leonardi Epimaco, Menestrina Gino, Pastore Francesco, Stellarico Gregorio.

Clinica Ostetrico-Ginecologica: Delle Piane Giuseppe, Di Francesco Sebastiano, Lenzi Vincenzo, Parodi Giovanni, Rio Luigi, Vozza Francesco.

Clinica Otorinolaringoiatrica: Carrari Giuseppe, Donadei Giovanni, D'Onofrio Francesco, Ferretti Corrado, Maffeo Luigi, Pallestrini Ernesto.

Clinica Pediatrica: Barberi Salvatore, Gerbasi Michele, Giuffrè Mariano, Muggia Aldo, Pagani Cesa Andrea, Raspi Mario.

Clinica Psichiatrica: Desogus Vittorino.

Farmacologia: Spagnol Girolamo.

Farmacologia e Tossicologia: Rabbeno Angelo, Testoni Pietro.

Fisiologia Sperimentale: Di Giorgio Anna Maria, Peserico Enoch, Sunzeri Giuseppe.

Igiene: Cramarossa Saladino.

Istologia e Biologia generale: Olivo Oliviero Mario, Locatelli Piera.

Odontoiatria e Protesi dentaria: Brusotti Arturo, Gottardi Carlo.

Patologia Coloniale: Pullè Felice.

Patologia Generale: Bisceglie Vincenzo.

Patologia speciale Chirurgica dimostrativa: Anglesio Bernardo, Banchetti Carlo Felice, Bologna Mario, Calvanico Raffaele, Carisi Guido, Colle Guido, Di Gioia Cosmo, Giuliani Giovanni, Jura Vincenzo, Leone Pietro, Nigrisoli Pietro, Pinardi Giuseppe, Turco Adalgiso, Virgilio Francesco.

Patologia speciale Medica dimostrativa: vedi fasc. 1°, pag. 31.

Radiologia Medica: Armani Lodovico, Piccinino Guido.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano.

Nella stampa della specialità ostetrico-ginecologica.

Con la chiamata del prof. Emilio Alfieri alla direzione della Clinica Ostetrico-Ginecologica di Milano, sono avvenuti mutamenti nella direzione di alcuni periodici della specialità. Gli « Annali di Ostetricia e Ginecologia », la gloriosa rivista, fondata dal sen. Mangiagalli, che compie nel 1928 il cinquantennio di vita, esce dal gennaio sotto la duplice direzione del sen. Mangiagalli e del prof. Alfieri. La Rivista prenderà nuovi sviluppi, pubblicando, oltre ai lavori originali, una interessante e completa rassegna bibliografica.

Il prof. Alfieri ha assunto pure la proprietà e la direzione della « Gazzetta Italiana delle Levatrici », fondata or son diciassette anni dal compianto prof. Guzzoni degli Ancarani. Anche la Gazzetta ha assunta nuova veste e nuova vita, con un vasto programma didattico, educativo ed informativo.

NOTIZIE DIVERSE.

Una conferenza del sen. Maragliano.

Alla presenza della Regina Elena, delle autorità, dei direttori delle Sanità civili, militari e navali, delle personalità della clinica, della difesa sociale, dell'esercizio medico, il prof. Edoardo Maragliano pronunziò, la sera del 20 marzo, nella vasta sala del Collegio Romano, per invito della Federazione nazionale italiana fascista per la lotta contro la tubercolosi, una conferenza su « La vaccinazione preventiva a difesa dell'uomo dalle malattie tubercolari ».

L'oratore rilevò che la vaccinazione preventiva della tubercolosi, rivolta a difendere l'uomo dalle malattie tubercolari, è nelle sue finalità analoga a quella che si fa contro il vaiuolo ed altre malattie infettive.

Essa è l'applicazione delle conquiste fatte nel campo delle immunità tubercolari. È un fatto che tutti o quasi tutti gli uomini viventi nei centri civilizzati albergano entro ad essi i bacilli tubercolari provenienti dall'ambiente in cui vivono, ma che la massima parte non ne ammala.

Ciò dimostra la possibilità di uno stato immunitario. Nell'ultimo decennio del secolo scorso una Scuola Italiana, quella del Maragliano, potè dimostrare che questo stato esiste. All'aggressione dei bacilli l'organismo reagisce facendo acquistare ai suoi tessuti la proprietà di produrre speciali fermenti che attaccano il bacillo nella sua vitalità e neutralizzano i suoi veleni, che producono la malattia.

Oggi tutti riconoscono tale stato immunitario frutto di studi italiani. Da questo concetto è scaturito quello della vaccinazione preventiva che consiste nell'inoculare all'uomo materiali tubercolari innocui capaci di svegliare in esso un movimento difensionale. Il vaccino è fatto di bacilli morti che non possono nuocere. Occorre dare opera perchè questa vaccinazione già troppo a lungo sperimentata nei laboratori, sia diffusa nella pratica. Con i metodi fascisti si potrà attuare la vaccinazione che deve salvare l'umanità dalla malattia. A quarantamila ammontando i casi nei quali fu già adoperata in Italia. Oggi è accettata in quasi tutte le nazioni. Si può applicare in tutte le età e si attua come la vaccinazione antivaiolosa.

La magnifica conferenza fu illustrata con proiezioni.

Società Italiana di studi scientifici sulla tubercolosi.

La Società Italiana Fascista di studî scientifici sulla tubercolosi terrà il suo annuale Congresso in Torino alla seconda metà del prossimo venturo mese di settembre.

Tema scelto dal Comitato di Presidenza per la discussione è: « La classificazione anatomo-patologica, clinica e radiologica della tubercolosi ».

Avrà inoltre luogo una « Rivista critica sulla chemioterapia della tubercolosi polmonare ».

Come si costuma in tutti i Congressi, tale rivista o rapporto non darà luogo a discussione rappresentando una cronaca delle pubblicazioni sull'argomento: però tutti coloro che hanno lavori e comunicazioni a fare sopra loro studi personali in proposito, sono pregati a mandarne copia alla Segreteria che si farà un dovere di trasmetterla al relatore acciò possa tenerne debitamente conto.

Le comunicazioni sopra argomenti relativi esclusivamente a studi scientifici sulla tubercolosi, all'infuori di tutto ciò che riguarda la lotta sociale, devono essere trasmesse alla Segreteria non più tardi del 30 luglio.

In ulteriori comunicazioni saranno date altre notizie complementari.

L'Ufficio di Segreteria ha sede in via G. Ferrari, 18, Milano (115).

Congresso tedesco di medicina interna.

Si adunerà dal 16 al 19 aprile, a Wiesbaden, sotto la presidenza del prof. L. R. Müller, di Erlangen. Temi in discussione: « Influenza del cancro sul metabolismo », relatori: Warzburg, Grafe e Sachs; « Ingrossamenti cronici della milza », relatori: Hueck, Naegeli e Lubarsch.

Congresso Medico Messicano.

Dal 5 al 10 dicembre si tenne a Monterey (Nuevo Léon) l'8° congresso medico messicano, sotto la presidenza del dott. Ulises Valdés. I temi discussi furono: le aortiti, le sindromi addominali acute, le distocie d'origine cervicale, il rifornimento di acqua potabile; vennero anche fatte moltissime comunicazioni. Il congresso votò la creazione di un istituto per il cancro e l'organizzazione di una Federazione dei medici messicani.

Congresso francese del Nord-America.

Il 10° Congresso dell'Associazione dei Medici di Lingua francese dell'America del Nord si riunirà a Quebec (Canadà) dal 5 al 7 settembre, sotto la presidenza del dott. C. Dagneau. Temi: « L'infezione puerperale »; « La difteria ». La riunione coinciderà con la celebrazione del 25° anniversario dell'Associazione.

Congresso francese di Pediatria.

Il 6° Congresso dei pediatri di lingua francese si terrà a Parigi tra la fine di settembre e il principio di ottobre, sotto la presidenza di Barbier. Temi: « Le morti improvvise o impreviste dei lattanti, in particolare dopo interventi chirurgici » (Ombrédanne e Nobécourt); « Gl'itteri dei neonati » (Roccaz); « Gli edemi dei neonati e dei lattanti » (Cathala). Per informazioni rivolgersi al segretario generale Ribadeau-Dumas, rue de Ponthieu, 61, od anche Ospice de la Salpêtrière, Paris.

Congresso francese di Oftalmologia.

Il 45° Congresso della Società francese di Oftalmologia è convocato dal 14 al 16 maggio presso la Facoltà medica di Parigi. La relazione d'uso sarà presentata da Marvas ed avrà per argomento « La biomicroscopia dell'iride allo stato normale e patologico ». Sarà organizzata un'escursione al castello della Malmaison, nel pomeriggio del 15 maggio. Per informazioni rivolgersi al segretario generale Dr. René Onfray, avenue de la Motte-Picquet 6, Paris (VIIe).

Società Italiana di Sessuologia Eugenica e Demografia.

Dopo accordi intercorsi fra il prof. Baglioni ed il dott. Fioretti, è avvenuto l'inquadramento nel Sindacato Medico Fascista.

Sotto l'egida del Sindacato, questa Associazione culturale che tanti benefici può recare alla salute del Paese e della razza, potrà maggiormente espandere e sviluppare la sua benefica azione, ed i gruppi eugenici locali ne usciranno certo rinvigoriti.

Al Sindacato Nazionale Medico Fascista.

Il 24 corr. u. s., il Sindacato Medico Fascista ha offerto nella sede di via dei Lucchesi 31 un ricevimento in onore del prof. Raschmann, direttore dei servizi d'igiene alla Società delle Nazioni. Accompagnavano l'illustre ospite l'avv. Di Giacomo segretario nazionale dei Sindacati intellettuali, il prof. Lutrario ex direttore generale della Sanità pubblica e il prof. dott. Pantaleoni: erano a riceverlo il prof. Arnaldo Fioretti, segretario generale del Sindacato Nazionale medico, il prof. Ermanno Fioretti, segretario del Sindacato Provinciale, tutti i membri del Direttorio e del Consiglio direttivo dell'Accademia Lancisiana.

Il prof. Fioretti ha illustrato al prof. Raschman l'ordinamento sindacale italiano, soffermandosi sopratutto sui particolari aspetti dell'organizzazione dei sindacati intellettuali e ponendo in evidenza la nobiltà degli scopi che essi si propongono di raggiungere. Ha altresì accennato all'attività fin qui svolta dal Sindacato medico ed al programma d'azione futura che sarà sempre diretta all'elevamento morale della classe e alla reale partecipazione di esso a tutti i problemi sanitari che interessano la Nazione. Sono state anche mostrate al prof. Raschman le principali pubblicazioni curate dal Sindacato medico Nazionale, e le raccolte più importanti degli elementi, dati statistici, monografie, ecc. che hanno attinenza ai vari problemi interessanti la classe medica italiana.

Il prof. Raschman si è dichiarato molto lieto di aver potuto conoscere da vicino sia pure nelle sue più ampie linee il nuovo ordinamento sindacale ed ha espresso la sua ammirazione più viva. Infine è stato offerto un rinfresco. Notati fra i presenti oltre alle altre autorità, l'on. Guaccero, il prof. Ascoli,, il prof. Sirleo in rappresentanza del direttore della Sanità, i proff. Pecori, direttore dell'Ufficio d'Igiene, Lugli, Galli, Verdozzi, Micheli, Signorelli, Tamelli, Ugolini, Ferretti, Gazzella, Laurenti, Ciuffini Secreti, Fraschetti, Bul-

garini, Liebmann, direttore di Sanità della Milizia, Esdra, D'Avak, Trulli, Biasotti e numerosissimi altri.

Centenario di un giornale medico.

Che un periodico di medicina raggiunga un secolo di vita è un avvenimento poco comune. Questa sorte è ora toccata al « Boston Medical and Surgical Journal », il cui primo numero venne pubblicato il 19 febbraio 1828. Sotto un titolo modesto, che ne faceva il giornale medico di una sola città, esso ha ospitato lavori di valore e si è montenuto sempre in un alto rango di dignità scientifica e professionale.

Nel celebrare il proprio centenario ha ora voluto estendere la portata del suo titolo: è divenuto il « New England Journal of Medicine », qual era già stato dal 1812 al 1828.

Al confratello augurî di un avvenire non meno lungo e brillante.

In un articolo redattoriale del numero centenario del « Boston Med. a. Surg. Journ. » sono sintetizzati i cambiamenti più cospicui avvenuti durante un secolo nel campo medico: i batteri hanno cambiato il corso della medicina; l'antisepsi, l'asepsi e l'anestesia hanno aperto nuovi campi alla ragacia e all'audacia dei chirurgi; i raggi Roentgen hanno permesso di vedere profondamente nell'organismo; i diabetici sono stati conservati al lavoro e le gialle vittime dell'anemia perniciosa sono state restituite alla salute; gli orrori di quattro guerre hanno aggiunto esperienza alla chirurgia ed hanno dimostrato l'utilità della medicina preventiva.

Nuovo periodico.

Ha iniziato le pubblicazioni a Budapest il periodico « Dermatologia », diretto dal dott. Jacques Justus; è consacrato ai progressi e alla diffusione della dermatologia. È pubblicato in lingua ungherese, ma è corredato di riassunti in francese, inglese, italiano e tedesco. È in ricca veste tipografica e copiosamente illustrata da figure in nero ed a colori.

Il nostro benvenuto e augurî di lunga vita.

Per l'insegnamento della psichiatria in Spagna.

Il Governo spagnolo ha stanziato 1 milione di pesetas sul suo bilancio — sebbene questo sia in *deficit* — per fondare una Scuola di psichiatria, e il Ministero dell'interno ha trasferito allo stesso scopo nel proprio bilancio un altro mezzo milione di pesetas: complessivamente sono circa 5 milioni di lire it. destinate all'insegnamento della psichiatria, in esito all'azione svolta dalla Lega Spagnola d'Igiene Mentale, presieduta da S. Ramon y Cajal, la quale ha fatto valere la considerazione che, mentre il cervello costituisce la parte più nobile dell'organismo, le malattie di esso sono oggi le più trascurate.

Scuola di Farmacia di Filadelfia.

Sono stati inaugurati a Filadelfia i nuovi locali del Collegio di Farmacia e Scienza, vastissimi, tra la Kingsessing e la Woodland Avenues e la Forty-Third Street, non lontano dal Clark Park. Gli alunni dell'instituzione raggiungono il formidabile numero di 6000; i laureandi sono parecchie centinaia.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red. resp.

Pubblicazioni della nostra Casa Editrice a disposizione dei signori abbonati al «Policlinico»

Prof. Dott. GUSTAVO RAIMOLDI

Docente di Patologia Medica nella R. Università, Chirurgo aiuto negli Ospedali Riuniti di Roma

L'esame della funzione renale con i moderni metodi di indagine

Prefazione del Prof. ROBERTO ALESSANDRI

Direttore della R. Clinica Chirurgica dell'Università di Roma.

Riportiamo qui di seguito l'Indice completo del volume:

CAPITOLO I. **RICORDI ANATOMICI.** — CAPITOLO II. **COSTITUZIONE CHIMICA DEL PLASMA SANGUIGNO E DELL'UREMIA.** — CAPITOLO III. **FISIOLOGIA DEL RENE**: **Secrezione esterna del rene. - Secrezione interna del rene.** — CAPITOLO IV. **INSUFFICIENZA RENALE**: **Uremia. - Edemi. - Ipertrofia di cuore.** — CAPITOLO V. **ESPLORAZIONE DELLA FUNZIONE DEI DUE RENI PRESI INSIEME**: 1° METODI CHE SI BASANO SUL SOLO ESAME DELLE URINE: a) **Esame funzionale mediante l'analisi chimica, fisica e microscopica dell'urina globale**: Quantità dell'urina. Densimetria. Ureometria. Determinazione del cloruro di sodio. Albuminuria. Esame microscopico delle urine. - b) **Metodi fisico-chimici senza influenza artificiale sulla funzione del rene**: La crioscopia delle urine. Cloruria alimentare spontanea. Prova della resistenza elettrica dell'urina. Coefficiente azoturico di M. R. Boulud. Diastasi. - c) **Metodi che artificialmente influenzano la funzione del rene con l'introduzione di sostanze per via orale e per via sottocutanea**: Albuminuria provocata. Prova della cloruria alimentare sperimentale. Prova dell'aumento della eliminazione urinaria col mezzo dei diuretici. Le prove per mezzo delle sostanze coloranti: prova della fucsina; prova del bleu di metilene; eliminazione del bleu di metilene, paragonata a quella dell'urea; prova della rosamilina; prova dell'indaco carminio; prova della fenolsulfon-ftaleina. Prova della eliminazione dello ioduro di potassio. Prova della eliminazione del salicilato di sodio. Prova della eliminazione del lattosio. Prova della eliminazione dell'acido ippurico. Prova della florizina. Capacità di diluizione e di condensazione: la poliuria provocata lo studio della concentrazione massima. - d) **Lo studio della tossicità urinaria.** — 2° LO STUDIO DELLA FUNZIONE RENALE CON I METODI BASATI SULL'ESAME DEL SANGUE: Studio morfologico del sangue: emazie; globuli bianchi. Studio fisico del sangue: viscosimetria; il coefficiente viscosimetrico di Martinet; crioscopia del sangue; prova della pressione sanguigna sistolica (Mx) e della pressione diastolica (Mn); misura della pressione diastolica; metodo oscillatorio; valore della pressione differenziale (PD). Studio chimico del sangue; prova della coagulazione del sangue; misura dell'albumina del siero (refrattometria); ureometria del sangue; azotemia normale e patologica; azoto totale e azoto residuo; lo studio dell'acido urico; creatinemia e creatininemia; studio degli idrati di carbonio contenuti nel sangue: la glicemia; la lipemia nelle lesioni renali, colesterinemia; la lipemia totale nei nefritici; dosaggio dei sali di potassio nel sangue; studio dei gas del sangue: il CO^2. — 3° LO STUDIO DELLA FUNZIONE RENALE CON I METODI BASATI SULL'ESAME COMPARATIVO DEL SANGUE E DELLE URINE: La crioscopia comparata del sangue e delle urine (Metodo di Léon Bernard). Il coefficiente emorenale di Bromberg. Coefficiente sfigmorenale e coefficiente idrurico. La costante ureosecretoria o di Ambard: tecnica per la ricerca della costante; valore della costante nell'uomo normale: valore della costante in patologia; la costante nelle malattie chirurgiche dei reni; modificazioni alla formula di Ambard. Cloruremia e costante clorurosecretoria: metodi per dosare il cloruro di sodio nel sangue. — CAPITOLO VI. **ESAME DEL VALORE FUNZIONALE DI CIASCUN RENE PRESO SEPARATAMENTE**: FISIOLOGIA DEI RENI PRESI SEPARATAMENTE E COMPARATI FRA LORO. — I METODI DI ESPLORAZIONE RENALE APPLICATI ALL'ESAME COMPARATO DEI DUE RENI: Prova delle sostanze coloranti. L'indaco-carminio · cromocistoscopia: la fenol-sulfon-ftaleina; glicosuria florizinica; facoltà di concentrazione e di diluizione. — CAPITOLO VII. **VALORE DEI METODI DI DIAGNOSI FUNZIONALE NELLE MALATTIE MEDICHE DEI RENI.** — CAPITOLO VIII. **VALORE DEI METODI DI DIAGNOSI FUNZIONALE NELLE MALATTIE CHIRURGICHE DEI RENI E IN QUELLE DELLE VIE URINARIE.** — BIBLIOGRAFIA.

Un volume di pagg. VIII-247 (N. 14 della «Collana Manuali del «Policlinico») nitidamente stampato su ottima carta, con 21 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **30** più le spese postali di spedizione.

Per i nostri abbonati sole L. **27.50,** franco di porto.

Dott. GIOVANNI MARIA GIULIANI

Assistente nella R. Clinica Chirurgica dell'Università di Parma.

Manualità Cistoscopiche

ad uso dei Medici Pratici

Prefazione del Prof. **Ambrogio Ferrari**

Direttore della R. Clinica Chirurgica Generale dell'Università di Parma

SOMMARIO. — Prefazione - Principi della cistoscopia - Cistoscopii - Parte illuminante - Porta del cistoscopio - Onglet - Cistoscopia - Cateterismo unilaterale e bilaterale - Cistoscopio ed irrigazione - Sorgenti luminose - Parte ottica - Sterilizzazione - Verificazioni - Tecnica della cistoscopia - Sonde - Preparazione del malato - Introduzione del cistoscopio nell'uomo - Aspetto della vescica - Trigono vescicale - Sbocchi ureterali - Cateterismo degli ureteri - Cistoscopia nella donna - Uretero-pielografia - Casi difficili per un esame cistoscopico - Rachianestesia - Anestesia locale - Puntura epidurale.

Volume in-8°, di pagg. VIII-79, con 58 figure in nero e a colori intercalate nel testo. Prezzo L. **15** più le spese postali di spedizione.

Per i nostri abbonati sole L. **13,75** in porto franco.

☛ È di prossima pubblicazione:

Prof. SILVESTRO SILVESTRI

Aiuto nella R. Clinica Medica
Docente nella R. Università di Roma

LE NEFROPATIE

Seconda edizione accuratamente aggiornata e notevolmente aumentata.

Sarà un volume di circa 300 pagine nitidamenle stampato su carta semipatinata.

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia Postale o Cheque Bancario all'editore LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 — ROMA

ANNO XXXV Roma, 9 Aprile 1928 Fasc. 14

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LEZIONI.

R. CLINICA CHIRURGICA GEN. DELLA UNIV. DI PISA
Direttore: prof. D. TADDEI.

Sull'associazione della sindrome cieco-colica (da tiflocolite e peritiflocolite, membrane pericoliche, cieco mobile ecc.) e della appendicite. (1)

Vi presento oggi un caso di lesione viscerale addominale di diagnosi interessante per quanto non raro.

Riferisco la storia clinica.

Gemma V., di anni 39, donna da casa, da S. Maria a Monte (Pisa). Entrata in Clinica l'8 dicembre 1927.

La paziente riferisce che 18 anni fa, incinta di 5 mesi, fu colpita da dolori a tipo colico che, insorti in corrispondenza della fossa iliaca destra, si irradiavano all'ipocondrio corrispondente ed al fianco dello stesso lato. Non misurò la temperatura: Vomito: Alvo aperto ai gas. La paziente rilevò durante la colica che la parete addominale in corrispondenza della fossa iliaca destra si presentava come più rilevata sulla restante superficie addominale, e si percepivano rumori di gorgoglio, che dalla suddetta regione si diffondevano lungo la parte laterale destra e alta dell'addome. Con l'emissione di gas dal retto avvertiva senso di sollievo. Pare esistesse una certa frequenza della minzione, non bruciori, non ematuria. Non ci fu mai singhiozzo. Un sanitario consultato fece diagnosi di rene mobile e prescrisse delle presine (?) La paziente fu costretta a letto per circa 11 giorni; dopo i primi 5 giorni i dolori erano diminuiti di intensità e quando abbandonò il letto residuò senso di uggia in corrispondenza della regione dolente, che però le permetteva di attendere alle sue ordinarie occupazioni. Alvo prevalentemente stittico. La defecazione era preceduta da lievi dolori diffusi addominali prevalenti nella fossa iliaca destra, e che si esacerbavano alquanto durante la funzione. Non constatò presenza di catarro nelle feci, che avevano forma di piccole scibale dure: Non melena: Non ematemesi. Non fu mai misurata la temperatura.

Dopo circa 14 mesi di relativo benessere la paziente fu di nuovo colpita, in secondo mese di gravidanza, da dolori con la stessa localizzazione topografica dei precedenti, ma meno intensi. Vomito era comparso con l'inizio della gravidanza. Notò gli stessi rumori di gorgoglio alla fossa iliaca destra ed alla parte laterale destra dell'addome, la stessa rilevatezza in corrispondenza

(1) Lezione clinica tenuta dal Prof. D. TADDEI il 12 dicembre 1927, raccolta dal Dott. O. ANGELELLI, assistente.

della regione ileo-cecale; anche questa volta l'addome era lievemente meteorico: aveva senso di sollievo dopo l'emissione di aria. Non fu misurata la temperatura. Si ebbe la solita frequenza della minzione durante la colica, non bruciori, non ematuria. Dopo pochi giorni si rimise, residuò il solito senso di uggia alla fossa iliaca destra con frequenti rumori di gorgoglio, e la stitichezza con i sopradetti fenomeni precedenti la defecazione.

Dopo circa due anni si ripeterono i fatti colici con la stessa sindrome, questa volta più intensa, tanto che fu costretta al letto per circa 20 giorni, ma non ebbe bisogno della somministrazione di oppiacei. Alvo aperto ai gas. Non singhiozzo.

Dopo non molto tempo si ripetè la sindrome e la paziente si ricoverò in ospedale, ma dopo pochi giorni dovette uscirne per urgenti affari di famiglia.

In tutto questo periodo dalle varie cure mediche fatte non trasse alcun beneficio; nei periodi intermediari alle coliche sempre continuò e più o meno intensa l'uggia alla fossa iliaca destra, persistente la stitichezza, senso di debolezza generale, alito cattivo mattutino, scarso appetito, dimagrimento.

Nel 1917 essendosi fatte le coliche più frequenti e persistendo i suddetti fatti generali ricoverò di nuovo in ospedale. Le fu praticata una radiografia delle alte vie urinarie di destra e a quanto dice la paziente in seguito a questa ricerca fu fatta diagnosi di calcolosi renale destra. Non subì però alcun intervento chirurgico.

Circa 5 anni fa sempre per i soliti disturbi si ricoverò di nuovo in ospedale e sottoposta ad un intervento chirurgico. In questo le fu asportata una cisti ovarica, stando a quanto riferisce la paziente. Dopo due mesi però si ripresentarono i soliti fenomeni.

Circa 3 anni fa fu di nuovo in ospedale e le fu praticata una nefropessia; ancora prima che fosse dimessa dall'ospedale ripresero le coliche.

In questi ultimi tempi si può dire che il senso di uggia sopramenzionato si sia trasformato in vero e proprio dolore subcontinuo; inoltre dopo il primo intervento subìto la stipsi è diventata più ostinata sì che la paziente non ha defecazioni senza clisteri o purganti; del resto permane la solita fenomenologia dei primi attacchi. In questi ultimi tempi durante la maggiore acuzie dei dolori ha rialzi termici intorno a 38°, che durano due o tre giorni e per calmare i dolori ha bisogno di ripetute iniezioni di morfina. Mai alvo diarroico. Entra nel nostro istituto clinico per le cure del caso.

Anamnesi famigliare. Nulla di notevole.

Anamnesi personale remota. Soffrì di tifo a 9 anni: durò 5 mesi. Mestruò a 13 anni Mestruazioni sempre regolari per quantità e intercorrenza: Non perdite bianche. Tre gravidanze a termine con parto eutocico. I figli godono buona salute.

Esame delle orine. Albumina assente, glucosio assente. Urea 18,20 ‰. Al sedimento niente di patologico.

Esame del sangue. Globuli rossi 4.250.000. Globuli bianchi 9.500. Formula leucocitaria: Polinucleati 65; Linfociti 30; Mononucleati 5.

L'esame ginecologico dimostra l'utero antiflesso e leggermente destroverso di poco aumentato di volume. Fornici liberi, non dolenti. Niente di patologico agli annessi.

La radiografia del rene e uretere di destra permette di escludere la calcolosi.

L'esame radioscopico dimostra invece dolente tutto il colon ascendente ed il ceco.

Esame obbiettivo. — L'esame generale rivela una donna in discrete condizioni di nutrizione, pannicolo adiposo e masse muscolari sufficienti, cute e mucose visibili un po' scolorate.

Al torace plessimetricamente solo una lieve ipofonesi in corrispondenza della zona sottospinosa di sinistra; all'ascoltazione si sente in questa ed alla corrispondente di destra respiro un po' aspro specie nella fase espiratoria e niente altro degno di nota.

Niente agli apparecchi nervoso e circolatorio.

All'ispezione dell'addome si riscontra una cicatrice, dovuta alla pregressa operazione chirurgica che, come avete sentito dai dati anamnestici, ha subìto la paziente circa 5 anni fa; la cicatrice è pararettale destra come se il chirurgo fosse intervenuto per praticare una appendicectomia.

All'ispezione del fianco di destra posteriormente si vede un'altra cicatrice guarita evidentemente per seconda intenzione nella sua parte centrale, in rapporto al secondo intervento chirurgico che la paziente ha subìto circa tre anni fa e nel quale (dice l'ammalata) fu praticata la nefropessia.

Alla palpazione addominale si riscontra una zona di dolorabilità alla metà destra del ventre di notevole estensione che iniziatasi all'altezza di una linea passante a due-tre cm. al disotto dell'ombellico si porta verso la fossa iliaca corrispondente e posteriormente nel fianco dello stesso lato. La dolorabilità è uniformemente distribuita nelle predette regioni.

Il rene destro si palpa fisso quasi in sede normale. Il fegato presenta limiti normali. Si risveglia lieve dolorabilità alla pressione dell'aorta addominale, è difficile dire se anche le iliache primitive siano anch'esse un po' dolenti: non dolore sulle femorali. Non si palpano tumefazioni endoaddominali, non esiste peristaltismo visibile.

Alla palpazione in corrispondenza della regione ileo-cecale si risveglia rumore di gorgoglio; non si apprezzano speciali resistenze, piastrone ecc.

Dall'esame obbiettivo locale dunque all'infuori della dolorabilità estesa ad un discreto tratto dalla metà destra del ventre non abbiamo altri dati importanti.

Date le notizie anamnestiche e dato il reperto dell'esame obbiettivo, la prima ipotesi che si affaccia nella mente è che qui si tratti di un processo di appendicite.

Voi sapete come nell'appendicite siano stati descritti vari punti sulla superficie addominale particolarmente dolenti con la palpazione. Abbiamo così il punto di Mac Burney corrispondente al punto di mezzo della linea spino-ombellicale; il punto di Jalaguier corrispondente al punto medio della linea che va dalla spina iliaca anteriore superiore alla sinfisi pubica; il punto di Clado corrispondente al punto di incontro fra la pararettale e la bisiliaca; il punto di Munro cor-

rispondente alla intersezione fra la pararettale destra e la spino-ombellicale; il punto di Lanz corrispondente al punto di unione fra terzo medio e terzo esterno della bisiliaca. Ma nella nostra ammalata, come abbiamo notato, non esiste uno di questi punti particolarmente dolente, esiste invece dolorabilità diffusa.

Che in questo caso non si possa escludere l'esistenza di una appendicite sono di importanza decisiva le notizie anamnestiche forniteci e principalmente i caratteri di intensità dei fenomeni dolorosi che hanno avuto negli ultimi tempi i caratteri tipici delle coliche appendicolari. Avete sentito dalla storia come la malata durante le crisi dolorifiche era costretta a ricorrere in questi ultimi tempi a ripetute iniezioni di morfina. Questo è un dato di una certa importanza per la diagnosi differenziale tra appendicite e le altre lesioni del tratto intestinale ceco-colon ascendente che tra poco passeremo in rassegna.

Nelle appendiciti non si trovano invece altri dati che esistevano nella nostra malata come il senso di sollievo immediatamente dopo la somministrazione di clisteri o dopo l'emissione di gas dall'ano, nè i lievi dolori diffusi addominali precedenti la defecazione, nè le rilevatezze apprezzate dalla nostra paziente sulla superficie addominale nella sua porzione laterale destra e che sparivano con rumori di gorgoglio. La leucocitosi ed i rialzi termici che in questi ultimi tempi accompagnavano le coliche e che sparivano con esse, si osservano invece costanti nelle appendiciti.

Il reperto radioscopico nella nostra paziente ha messo in evidenza tutto il ceco dolente e l'appendice non visibile; nessuna alterazione nella sede, e nel calibro del tratto intestinale ceco-colico. La spostabilità cieco-colica è invece limitata all'esame sotto lo schermo, probabilmente da aderenze.

Io ho voluto anche assumere direttamente le informazioni dal chirurgo, che praticò la laparotomia pararettale destra pochi anni fa, ed ho così saputo che l'intervento fu deciso per una tumefazione che si palpava in corrispondenza della fossa iliaca destra. Ma, aperto il ventre, la tumefazione non fu trovata e l'appendice fu constatata macroscopicamente sana. Se così realmente stavano le cose, la lesione che causava la sindrome in quel tempo non doveva essere di origine appendicolare e la pseudotumefazione della fossa iliaca destra doveva quasi certamente essere causata da altra condizione, che la discussione diagnostica, che sto facendo, ci permetterà di spiegare.

La causa della fenomenologia clinica di allora può ritenersi in dipendenza di una lesione delle vie urinarie?

Nelle orine non s'è trovato niente di patologico e la palpazione del fianco ha messo in evidenza un rene fisso in sede quasi normale, del quale, secondo i dati anamnestici, è stata praticata una pessia, che per nulla modificò la fenomenologia clinica.

La paziente ha riferito che in un esame radiografico del rene destro furono riscontrati dei calcoli; noi abbiamo praticato varie radiografie che son risultate negative per la calcolosi. È più che probabile che in passato si ano stati interpretati per calcoli renali delle ombre in rapporto a una delle tante cause che possono mentire la calcolosi (più che ghiandole calcificate, o zone di calcificazioni delle cartilagini costali corrispondenti, ecc.), materiali opachi del contenuto intestinale. Questo errore, se nella gran maggioranza dei casi può essere evitato quando esiste una fenomenologia clinica non favorevole alla calcolosi e quando la forma, la sede, e l'intensità dell'ombra offrono dati differenziali sufficenti, in alcuni invece l'interpretazione è estremamente difficile. Ma nelle radiografie ripetute ed accurate della nostra paziente non esistono neanche queste ombre che possano far pensare erroneamente alla calcolosi.

D'altra parte non mi pare che nel caso speciale si possa pensare a quelle forme nefralgiche sine materia (nefriti dolorose, nefropieliti, ecc.) descritte da vari autori, prima di tutto perchè queste forme, se esistono, bisogna ritenerle molto rare e perchè la localizzazione del dolore alla palpazione che noi provochiamo nella nostra paziente non ha i caratteri che sappiamo frequentissimi nelle lesioni renali in genere. Il dolore in queste forme si irradia generalmente verso la regione inguinale dello stesso lato del rene malato, la radice della coscia corrispondente, nell'uomo verso il testicolo.

Noi non provochiamo nella nostra paziente spiccata dolorabilità renale mediante piccole scosse ripetute determinate dalle punte delle dita flesse in avanti, in corrispondenza dell'angolo costo-lombare, segno quasi costante in tutte le pielonefriti e nefropieliti e specialmente nelle forme calcolose.

Sono stati descritti numerosi punti dolorosi detti pielitici, di valore semeiologico più o meno discutibile, che noi possiamo qui, a scopo didattico, passare in rassegna e ricercare nella nostra paziente e controllare che non esistono. Non abbiamo infatti dolore in corrispondenza del punto paraombellicale di Bazy, non nel punto ureterale superiore di Pasteau, che corrisponde alla intersezione fra una linea verticale tirata in corrispondenza del punto di Mac Burney e la ombelicale trasversa. Non dolore nel punto

inguinale corrispondente all'orificio inguinale superficiale; non nel punto sopraintraspinoso di Pasteau, che è subito all'indentro e sopra la spina iliaca anteriore superiore; non nel punto sopr̀ailiaco laterale situato 1 cm. sopra la parte media della cresta iliaca; non nel punto di Schede situato fra terzo medio e terzo esterno della bisiliaca; non nel punto di Tourneur che corrisponde alla intersezione della verticale passante nell'unione fra terzo medio e terzo esterno dell'arcata crurale colla bisiliaca, nè in quello di Hallé corrispondente alla intersezione della bisiliaca con la verticale tirata in corrispondenza della spina del pube. È noto come questi punti siano anatomicamente inesatti (come ho dimostrato) e clinicamente ingannatori. Basta pensare che il punto di Tourneur è il punto di Clado per l'appendicite, che quello di Schede è quello di Lanz, ecc. Nè infine abbiamo nella nostra paziente dolente il punto ureterale medio allo stretto superiore ricercato colla tecnica da me proposta all'incrocio che l'uretere fa con la arteria iliaca e per la ricerca del quale v'è già nota la tecnica. Nella nostra ammalata comprimendo l'uretere allo stretto superiore provochiamo una certa dolorabilità, che erroneamente potrebbe essere attribuita all'uretere, ma che invece è delle zone viciniori (ceco-colica) come l'esame radioscopico ha confermato. Mi pare dunque che per tutti questi dati l'eventualità che qui si tratti di una lesione renale possa essere scartata senz'altro.

Quale dunque il processo morboso primitivo?

Voi sapete che sono stati descritti molteplici punti circoscritti dell'addome; sui quali si può provocare dolore alla pressione. Questi punti o corrispondenti ad organi ammalati o espressione di proiezione di sensibilità profonde in certi casi indirizzano verso la giusta diagnosi. Ma nella nostra ammalata abbiamo visto che esiste una dolorabilità diffusa e non circoscritta in uno di questi punti: gastrico, colecistico, pancreatico, ecc.

Ora se pure la negatività di tutti questi vari punti dolorosi ha un valore molto relativo, certo nel caso speciale la concordanza del loro reperto con gli altri dati clinici, radiologici, anamnestici, e di laboratorio costituisce un elemento decisivo per il nostro giudizio diagnostico.

Nella nostra ammalata infatti la radiografia della cistifellea è stata negativa per la calcolosi, non c'è stata mai itterizia, l'esame radioscopico dello stomaco, duodeno e tenue è risultato pure negativo, nè d'altra parte c'erano stati mai disturbi in diretto rapporto con l'ingestione dei pasti.

È stata notata nelle pleuriti tubercolari dolorabilità addominale provocabile con la pressione superficiale topograficamente non molto diversa da quella che abbiamo nel nostro caso, in rapporto alla diffusione tra i muscoli del ventre degli ultimi sei nervi intercostali; ma nel caso speciale la forma pleuritica possiamo senz'altro escluderla e per i dati clinici anamnestici (coliche, mancanza di fenomeni subiettivi di origine toracica) e per i dati dell'esame obbiettivo (toracico e addominale) e per lo stato generale della paziente.

D'altra parte i dati anamnestici e dell'esame obbiettivo ci fanno escludere con certezza che qui ci siano stati fatti di torsione o di tentativi di torsione di visceri endoperitoneali, dell'omento ad es. (evenienza molto rara, difficilmente diagnosticabile clinicamente e che si è osservata in gran parte in individui portatori di ernie); nè mi pare che nel caso speciale si possa pensare a fatti di alterazione della canalizzazione intestinale a decorso cronico comunque di origine intrinseca (cicatrici stenosanti, neoplasmi ecc.) o estrinseca (mesenteriti, mesocoliti, mesosigmoiditi, neoplasie, briglie cicatriziali ecc.) perchè, oltre tutti i dati clinici assenti di questi processi, l'esame radiologico non nè ha dimostrato l'esistenza. Così non credo si possa pensare in questo caso a torsione di appendici epiploiche ecc. data la durata del processo e la localizzazione.

L'esame obbiettivo oltre a tutti gli altri dati ci permette di escludere che il processo sia in rapporto con i genitali interni dei quali in un intervento chirurgico fu potuta praticare la ispezione e palpazione diretta.

Eliminati col nostro ragionamento clinico, gli organi toracici, retroperitoneali e degli endoperitoneali, il fegato, la cistifellea, lo stomaco, il duodeno, il tenue, il colon trasverso e discendente, i genitali interni, siamo portati a concludere che il processo morboso deve essere stato a carico del ceco, appendice e colon ascendente. Ma la diagnosi, oltre che per esclusione, come ho cercato di fare a scopo didattico, si può fare direttamente sulla base dei dati anamnestici ed obbiettivi, sui quali mi sembra inutile insistere.

Ma oltre la dolorabilità diffusa alla metà destra del ventre noi abbiamo notato nel caso presente dolorabile alla palpazione l'aorta addominale e lieve dolorabilità sulle iliache primitive. La dolorabilità aortico-iliaca è costante in quella sindrome morbosa sulla quale ho richiamato or non è molto con una nota sulla *Riforma medica* l'attenzione dei chirurghi e dei medici. Questa sindrome, che ormai seguo da parecchi anni e che ho controllato su migliaia di ammalati, è caratterizzata dal sintoma obbiettivo più importante e più costante; la dolorabilità provocabile alla palpazione dell'aorta addominale e delle iliache e

non di rado delle femorali alla base del triangolo di Scarpa. Su questo sintoma, dal quale ho dato nome alla sindrome stessa, fu richiamata la mia attenzione da un mio ex assistente, attualmente primario chirurgo a Pontremoli, il prof. Fantozzi e che perciò credo giusto indicare colla denominazione di « Segno di Fantozzi »; questo sintomo, dicevo, s'accompagna costantemente a lesioni polmonari iniziali e non gravi o con tendenza alla sclerosi, lesioni sempre ben dimostrabili clinicamente ma più che tutto radiograficamente; è dunque un segno importante per la diagnosi di tubercolosi polmonare.

Il segno di Fantozzi secondo me si deve interpretare come espressione di irritazione tossica del simpatico periaortico iliaco. Esso però è poco preciso nel nostro caso poichè, se abbiamo una certa dolorabilità aortica, non sono dolenti le iliache e tanto meno le femorali. E se nel nostro caso provochiamo dolore cercando di palpare l'arteria iliaca destra possiamo altresì constatare che esso si provoca anche nelle zone viciniori all'arteria stessa e d'altra parte esso non si provoca alla palpazione dell'arteria iliaca di sinistra.

Nel nostro caso dunque credo che le coliche siano da attribuirsi ad una lesione organica vera e propria di origine intestinale.

Fino a non molti anni fa in tutti i fenomeni morbosi infiammatori originatisi nel tratto intestinale della fossa iliaca destra si vedeva un processo di tiflite o di peritiflite ecc. Successivamente i chirurghi videro in essi sempre e solo un processo di appendicite e per questo tante appendici sane sono state asportate invocando lesioni microscopiche ecc. Ma naturalmente in tutti questi casi non scomparivano i disturbi che anzi generalmente dopo l'intervento si aggravavano. Per questo i chirurghi sono stati stimolati, riscontrando agli interventi appendici macroscopicamente non malate, a cercare la vera causa della sindrome dolorosa; hanno per questo scopo durante l'atto operativo ingrandito la incisione laparotomica fatta per la prefissa appendicectomia ed esplorato così più ampiamente il ventre. In questo modo sono state messe in evidenza altre lesioni ceco-coliche congenite ed acquisite che sono state riconosciute capaci di generare sindromi cliniche somiglianti alle appendicolari e da esse non sempre facilmente differenziabili. E sono state così notate angolature anormali dell'angolo epatico del colon, membrane pericoliche o malattie da membrane di Jackson, ptosi cecali, ceco mobile, tiflectasie ecc. Tutte queste alterazioni nella gran maggioranza dei casi causano un ristagno cecale del materiale intestinale, il quale, determinando l'esaltazione dei germi normalmente esistenti, è causa di processi infiammatori, viscerali e periviscerali di intensità varia da caso a caso e con differentissimo aspetto clinico. In questi processi colitici di alcuni dei quali io mi sono particolarmente interessato dal punto di vista clinico e da quello anatomo-istologico e sui quali ho richiamato spesso l'attenzione degli studiosi (Congresso Società Italiana di Chirurgia 1920. *Riforma medica* n. 2, 1914, Trattato di Conferenze lezioni e note di Chirurgia pratica pag. 166), troviamo una sindrome del tutto analoga a quella presentata dalla nostra ammalata nei primi periodi di sofferenze. Troviamo infatti in essi i dolori più o meno intensi a crisi ma con caratteri diversi da quelli delle coliche appendicolari (minore intensità del dolore, non vomito, non febbre, non leucocitosi, miglioramento colla purga o col clistere) o continui, diffusi dalla fossa iliaca destra al fianco corrispondente e in alto fin sotto l'arco costale che si alleviano dopo abbondanti scariche alvine; la stipsi, il meteorismo cecale che si manifesta con formazione di bozza sporgente nella fossa iliaca, il gorgoglio cecale, la stipsi abituale ecc.

Per tutte queste considerazioni mi pare dunque che noi siamo autorizzati ad ammettere che nel nostro caso inizialmente si sia trattato di una colite ceco-ascendente probabilmente legata a membrane o aderenze pericoliche.

Le coliti del tratto ceco-ascendente, quasi sempre confuse con le cosidette, e forse inesistenti, appendiciti croniche, se in alcuni casi presentano una sintomatologia tipica sì che l'esame radioscopico ha in essi il solo scopo di controllo della diagnosi clinica, in altri invece assumono un quadro clinico che svia un osservatore superficiale dalla giusta diagnosi dall'esame radioscopico dimostrata. Esse infatti essendo in rapporto a germi e tossine assorbite dall'intestino che esplicano la loro azione dannosa a questo o a quell'organo, possono assumere diversi aspetti clinici; si possono così avere forme epato-biliari, forme gastriche, forme pseudo-nefritiche (Chiray e Lebolz), forme pielo-cistitiche (forma cisto-renale di Heitz-Boyer) ecc., forme prevalentemente vescicali ecc. Ricordo di avervi illustrato lo scorso anno ad es. uno di questi casi a tipo vescicale (tenesmo, ritenzione, pollacuria), nel quale non esistevano lesioni renali dimostrabili dovute a batteri e tossine, che avessero agito sul rene e che ritenni logico mettere in rapporto a fatti riflessi o all'eliminazione urinaria di tossine di origine intestinale. Di fronte ad ammalati che presentano queste sindromi colitiche complesse con varia compromissione dello stato generale, non di rado si fanno diagnosi errate e quindi trattamenti terapeutici inutili quando non sono dannosi. Mi è spesso, ad es. in questi casi, ca-

pitato di sentir fare diagnosi di isterismo, neurosi, neurastenia ecc.; Io vi consiglio di essere molto cauti nel fare queste diagnosi che devono essere solamente riserbate ai casi con sintomatologia classica e non invocate a proprio comodo di fronte a quadri clinici che non si sanno giustamente interpretare.

Ma nella nostra ammalata vi sono fatti i quali fanno ritenere che esista anche appendicite. Probabilmente quando fu praticata la laparotomia pararettale destra la colite era ancora, diciamo così, pura e solo successivamente si è complicata al processo appendicolare.

La appendicite come seguito o complicanza delle coliti non è rara, e questo è facile a comprendere se si pensa alla facilità di diffusione di un processo infettivo all'appendice specie quando esistano condizioni che determinano ristagno cecale. Voi sapete come nell'appendice siano normalmente contenuti tutti i germi della flora microbica intestinale: il b. coli principalmente, lo stafilococco, lo streptococco, ed altri germi. Ora se questi germi per il ristagno nel tratto ceco-colico assumono una virulenza sufficiente a determinare processi infiammatori colici, sono capaci dopo più o meno lungo tempo e in molti casi, per la comunicazione dell'appendice col cul di sacco cecale, e quindi per la stasi del materiale intestinale anche in essa esistente, a determinare anche il processo infiammatorio appendicolare.

Come voi vedete, mentre anatomo-patologicamente, dalla colite all'appendicite c'è un passo molto breve, praticamente invece c'è una notevole distanza specie per la diversità del trattamento. Per questo è indispensabile specialmente al pratico sapersi in questi casi convenientemente orientare perchè, come voi capite, se di fronte ad una colite cronica semplice è necessario il solo trattamento medico, questo sarà non solo irrazionale, ma pericoloso quando coesista appendicite o quando la colite è sostenuta da lesioni anatomiche o meccaniche. E d'altra parte l'evenienza colite-appendicite deve essere sempre tenuta presente dai chirurghi, perchè se si asporta una appendice lesa secondariamente a colite senza conveniente trattamento della causa della colite stessa gli ammalati non guariscono.

Quando in un ammalato, che sapete colitico ceco-ascendente di vecchia data, voi osservate una acutizzazione inaspettata dei fenomeni dolorosi, che richiedono gli oppiacei per essere calmati, con difesa addominale, iperestesia addominale con rialzo termico superiore a quello che in qualche caso poteva precedentemente coesistere ma lieve, insistente, serotino, con presenza di leucocitosi ecc., quando insomma si stabilisce il quadro dell'appendicite acuta bisogna pensare all'associazione colite-appendicite.

Tenuto conto di quanto sono venuto esponendo quale è il trattamento? Conviene in questo caso praticare una laparotomia pararettale destra: escideremo così la cicatrice dovuta al precedente intervento ed esamineremo ampiamente il ventre per controllare de visu se effettivamente esistono le lesioni che il nostro ragionamento clinico ci ha portato ad ammettere. E se troveremo colite e pericolite noi possiamo praticare vari trattamenti. O non esistono condizioni meccaniche che spieghino la stasi intestinale e la colite e sarà da farsi un trattamento medico postoperatorio: O esistono queste e vanno remosse. Se troveremo, come abbiamo ammesso, membrane pericoliche, la escisione e la plastica secondo la tecnica semplice che io ho proposto ed adoperato in, ormai, centinaia di ammalati (incisione lungo le linee di trazione delle membrane e sutura alla Lembert con punti in senso perpendicolare all'incisione) potrà essere indicato. Questo trattamento però potrebbe essere insufficente nei casi gravi di lunghissima durata.

Gli altri trattamenti chirurgici proposti per la cura delle coliti come l'appendicostomia ed i lavaggi successivi modificatori della mucosa intestinale ecc. generalmente sono insufficienti e sconsigliabili anche per la fistola residua che bisogna successivamente trattare.

Le enteroentero-anastomosi, sigmoido-ceco-trasversostomie ecc. proposte e praticate per escludere il tratto malato e che io stesso ho praticato in passato in molti casi, sono inutili perchè si è controllato radioscopicamente che si stabilisce in questi casi una antiperistalsi colica che determina e favorisce il ristagno nel tratto escluso, aggravando così in secondo tempo la lesione.

Unico trattamento più indicato e più razionale nei casi gravi di colite sostenuta da cause meccaniche è la resezione del tratto intestinale ammalato, la emicolectomia, che io ho praticato in vari casi con risultati soddisfacenti ed identici a quelli recentemente comunicati da Alessandri al Congresso di Chirurgia di Parigi. Alcuni chirurghi specialmente americani nei casi gravi ed estesi praticano la colectomia totale fino al sigma; ma generalmente la emicolectomia è sufficente anche in questi casi perchè, eliminato il serbatoio cecale e l'ascendente, si modificano le condizioni infiammatorie nel restante tratto colico.

Ma in questo caso abbiamo anche l'appendice ammalata ed è comunque necessaria l'appendicectomia.

*
* *

Epicrisi. — Il giorno 13 dicembre 1927 sono intervenuto alla presenza di molti di voi con una laparotomia pararettale destra nella paziente che ho illustrato il 12 dicembre ed il reperto operatorio ha pienamente confermato le nostre conclusioni cliniche. Ho trovato infatti non solo una colite e pericolite adesiva, ma anche un'appendicite e periappendicite.

L'intervento è durato circa 40 m' in morfio-eteronarcosi. L'incisione iniziale di pochi cm. è stata durante l'intervento prolungata in alto fino a 2 dita sotto l'arco costale e in basso fino a un dito sotto la bisiliaca. Ho trovato numerose aderenze ceco-parietali in rapporto alla pregressa laparotomia che ho sezionato e peritoneizzato.

Il colon aveva calibro uniforme ma con una larga aderenza fibro adiposa sul suo lato esterno, che ho inciso obliquamente ed i margini suturati alla Lembert parallelamente all'asse del ceco e dell'ascendente. Son riuscito così a mobilizzare il colon. Questa lunga sutura a punti staccati in Katgut sottile ha determinato anche una plicatio ceco-colica.

L'appendice era grossa, completamente aderente a decorso mediale adagiata sulla faccia mediale del ceco, turgida ed iperemica. Ho praticato l'appendicectomia e successiva accurata peritoneizzazione del lungo letto appendicolare. Negativo è riuscito l'esame del tenue, dei genitali interni, del resto del colon, del fegato, dello stomaco. Ho palpato il rene destro piccolo, di consistenza normale fisso alla parete posteriore del ventre. La cistifellea era di aspetto e consistenza normale; negativa è stata la esplorazione per calcoli, negativa la esplorazione delle vie biliari. Indi ho suturato a quattro strati secondo la solita tecnica la parete addominale.

*
* *

Io voglio sperare che questi casi di colite e pericolite cronica abbastanza dimostrativi, sui quali ho richiamato la vostra attenzione, vi restino bene impressi nella mente quando eserciterete la pratica medica in modo che di fronte a sindromi dolorose della metà destra del ventre vi abituiate a vivere nel sospetto della possibile esistenza di questa lesione. Perchè se alcune volte la diagnosi di colite ceco-ascendente è estremamente difficile, il più delle volte invece basta ricordarsene per diagnosticarla inviando il paziente a un buon radiologo. Eviterete così per i vostri malati cure mediche inutili quando non sono dannose e qualche volta come in questi casi che vi ho illustrato perfino trattamenti chirurgici irrazionali o anche dannosi.

Questo caso vi dimostra anche l'associazione dei due processi morbosi colite primitiva ed appendicite secondaria e ancora che l'appendicite può esistere senza che nei periodi tra le crisi sia particolarmente dolente uno dei diversi punti indicati in questa lesione. Del resto in generale bisogna ritenere che l'assenza dei vari indicati punti dolorosi provocabili alla pressione sulla superficie addominale in rapporto ad una eventuale lesione non può farci sempre escludere l'esistenza della lesione stessa alla stessa maniera come la loro presenza non sempre è un dato per farcela ammettere senz'altro.

Questo caso dimostra ancora la frequenza colla quale le coliti sono determinate o aggravate da condizioni anatomiche che favoriscono il ristagno, non removibili che chirurgicamente; così ad es. membrane pericoliche congenite determinanti flessioni, angolature ecc.

Credo che non sia neppure il caso, specie nella malata, che abbiamo insieme considerato, di ritenere primitiva l'appendicite e secondaria la colite e che l'ablazione della sola appendice malata fosse sufficiente a guarire le lesioni infiammatorie e meccaniche cieco-colo-ascendenti e peritiflocoliche. Questo è contradetto dai fatti clinici e dagli esiti delle appendicectomie in colitici e pericolitici.

Nella nostra malata sarà conveniente per la cura dei fenomeni colitici cronici far seguire a lungo un regime adatto a praticare una conveniente cura medica.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVICO DI SANSEVERINO MARCHE

Herpes e paralisi.

Breve rivista a proposito di un caso clinico

pel dott. AGENORE VALENTINI, medico primario.

L'opinione che la malattia erpetica, o zona, sia legata ad una lesione del sistema nervoso è già molto antica. In tutti i trattati antichi e recenti di neurologia e di dermatologia vi si accenna, ma la relazione causale era rimasta fino agli ultimi tempi oscura.

Il frequente apparire dell'eruzione erpetica insieme ad intense nevralgie ed il formarsi delle vescicole erpetiche sopra zone cutanee corrispondenti al territorio di determinati nervi, indusse il concetto che esistesse una stretta relazione fra l'eruzione erpetica ed una malattia dei nervi periferici. Si considerò così l'erpete un sintoma per quanto incostante della nevralgia degli intercostali, essendo la zona cutanea di questi nervi più frequentemente colpita. Anche i reperti anatomo patologici sembrano confermare quella opinione in quantochè nelle sezioni dei nervi del territorio erpetizzato furono constatati fatti di flogosi con tumefazione ed infiltrazione del neurilemma: la nevralgia quindi era in dipendenza della neurite. Un reperto di Barensprung fino dall'anno 1861, che trovò varie alterazioni flogistiche nel ganglio intervertebrale, passò inosservato in mezzo alle ricche osservazioni anatomiche indirizzate tutte verso i nervi periferici. Ma intanto gli studi sperimentali di Sherrington mettevano in luce nel 1893 che ogni radice sensitiva e quindi ogni segmento corrispondente del midollo, innerva un determinato territorio cutaneo; e più tardi Kocher dopo studi diligenti intorno alle ferite del midollo confermava le vedute di Sherrington e disegnava la prima tavola della sensibilità spinale.

I territori di innervazione delle radici furono chiamati *dermatomi* o dermatomeri; essi segmenti non sono iuxtaposti ma sovrapposti a modo di embrice, in modo che una stessa zona usufruisce della innervazione della radice immediatamente superiore e inferiore. Ogni territorio cutaneo viene così innervato almeno da tre segmenti spinali. Due ricercatori inglesi Head e Campbell con un nuovo indirizzo anatomico portarono le loro ricerche non solo sui nervi periferici, ma anche sui gangli spinali, sul midollo e le radici posteriori.

In un ricchissimo lavoro comparso nel Brain del 1900 i due autori raccolsero le loro osservazioni per la cui comprensione è necessario riportare alcuni concetti anatomici fondamentali.

È noto che nei nervi periferici decorrono commiste fra loro fibre motrici e sensitive: in vicinanza del midollo ancora al di fuori del sacco durale avviene una netta separazione: le fibre motrici abbordano il midollo spinale come radice anteriore; le sensitive penetrano nei gangli spinali che sono collocati nei fori intervertebrali della colonna. Le grosse cellule di questi gangli danno origine alcune a due prolungamenti, la massima parte ad uno solo: quest'ultimo si divide quasi immediatamente dopo la sua uscita dalla cellula dando origine a sua volta a due prolungamenti dei quali l'uno, il periferico corre come fibra sensitiva nei nervi periferici e il centrale penetra nella radice posteriore. La cellula del ganglio spinale è dunque il centro nutritivo della fibra tanto del nervo sensitivo quanto della radice posteriore. Il prolungamento centrale entra come radice posteriore nel midollo, dove si divide in una branca ascendente lunga e una discendente corta che forniscono delle collaterali che terminano nella sostanza grigia del midollo. Ma non tutte le fibre delle radici però provengono dai gangli spinali, chè questi sono anche attraversati da alcune fibre che non sono in connessione con le cellule gangliari e che prendono la loro origine nello spessore midollo.

Le ricerche di Head e Campbell confermarono pienamente i principi stabiliti da Barensprüng, che già fin dal 1861 aveva riconosciuto il ganglio spinale come sede dell'affezione che provoca l'eruzione erpetica. In ventuno casi osservati anatomicamente e clinicamente la malattia erpetica aveva invaso le zone cutanee perfettamente corrispondenti ai gangli spinali alterati. Le osservazioni anatomiche poterono essere compiute da pochi giorni fino a molti anni dopo la manifestazione morbosa.

Nei casi recenti si trattava di una flogosi acuta emorragica nella parte dorsale del ganglio con alterazioni di vario grado nelle cellule; nei casi antichi, di una sclerosi della medesima zona con scomparsa completa delle cellule gangliari. In pari tempo si trovò ispessita anche la membrana perigangliare.

In alcuni casi che clinicamente erano risultati particolarmente gravi, l'alterazione flogistica poteva essere seguita molto avanti nei nervi misti. In tutti i casi venne osservata anche una degenerazione secondaria delle fibre nervose periferica e centrale, essendo il ganglio il centro nutritivo delle fibre sensitive. Quindi i fatti degenerativi poterono essere eseguiti tanto nel nervo misto, quanto attraverso la radice posteriore nel-

le fibre ascendenti o discendenti in seno al midollo.

Nel nervo misto la degenerazione delle fibre arriva fino alle più sottili ramificazioni della cute; nella porzione centrale, al nono o al decimo giorno dopo l'eruzione erpetica raggiunge dalle radici posteriori il midollo nelle zone corrispondenti e progredisce nelle fibre ascendenti e discendenti.

In rapporto alla brevità di quest'ultima porzione la degenerazione del midollo si propaga al prossimo segmento inferiore, mentre la degenerazione ascendente risale per tre e cinque segmenti.

Intorno al quarantesimo giorno dall'eruzione questa degenerazione acuta raggiunge il suo più alto grado: in seguito incomincia il riassorbimento dei prodotti degenerativi.

Nei casi più leggeri le radici posteriori colpite già alla quarta ed alla quinta settimana mostrano una *restitutio ad integrum* mentre nei casi più gravi si notava già l'inizio di un processo sclerotico.

Così il genuino Herpes Zoster è caratterizzato da una malattia acuta dei gangli spinali. Esso rappresenta nel campo sensitivo la stessa forma morbosa che nella sfera motrice noi chiamiamo poliomielite anteriore. Infatti le cellule delle corna anteriori hanno per le radici anteriori, i nervi motori ed i muscoli, lo stesso valore fisiologico che le cellule gangliari per le radici posteriori e le vie sensitive. E come nella poliomielite anteriore viene colpita una porzione circoscritta della colonna grigia, così nell'Herpes Zoster, designato anche come poliomielite posteriore, al massimo viene colpito un ganglio spinale o più raramente due o tre prossimiori.

EZIOLOGIA.

L'eziologia dell'Herpes è stata sempre la più discussa. Secondo Römer sarebbe lo stesso virus della poliomielite anteriore: la sua somiglianza con una malattia acuta e il non raro andamento epidemico rende verosimile questa ipotesi. Le ricerche nel liquido cerebro-spinale e nel ganglio di Gasser hanno talvolta rivelata la presenza di germi (Alexander) ma il reperto incostante di gruppi di differenti batteri, non ha potuto dare alcun valore a queste ricerche. Rosenow con iniezioni endovenose ed intraperitoneali di emulsioni di tonsille e di liquor ha potuto ottenere nei cani una tipica eruzione erpetica. Marinesco ha inoculato nei nervi periferici questi stessi prodotti ed ha constatato lesioni cellulari molto accentuate nei gangli e nelle corna posteriori. Recentissimamente il Levaditi ha pubblicato uno studio vasto e ricchissimo di osservazioni sperimentali sopra la trasmissibilità del virus specialmente per opera della saliva.

Questa eziologia così discussa riguarda le così dette forme idiopatiche; ma è noto che lo Zoster può sopraggiungere nel decorso di molte malattie infettive come l'influenza, l'angina, la paralisi infantile, la polmonite, la scarlattina, il morbillo, la tubercolosi, l'encefalite e la malaria.

A questo proposito Vittorio Ascoli cita una osservazione di Mac Farlane di herpes zoster circoscritto ed uno di Colombini di herpes universale in casi di malaria: lo zoster secondo Ascoli è legato solo indirettamente alla malaria attraverso una neurite o ad alterazioni simpatiche. Si conosce infatti la grande frequenza delle neuriti e nevralgie nei malarici. Le nevriti sono di natura tossica come in altre infezioni, e si tratta non di un vero processo flogistico ma di una nevrite ora degenerativa ora parenchimatosa che si accompagna con grande frequenza a disturbi trofici e vasomotori (Ascoli). Secondo Remak e Wertheim la zona si associa talvolta con una mononeurite e solo eccezionalmente con una polineurite.

Tra le cause tossiche dobbiamo ricordare il diabete e l'intossicazione arsenicale.

Le malattie degli organi interni provocano spesso a livello della zona cutanea corrispondente al segmento midollare che tiene sotto la sua dipendenza l'innervazione del viscere, una eruzione erpetica. Rosemberg l'ha descritta nella colica renale e Schlesinger nella colelitiasi; Ortner nella sclerosi delle coronarie.

Lewandowscky inoltre ammette anche un herpes zoster da trauma: l'azione traumatica in questo caso deve essere intesa nel senso più largo della parola, come cioè uno zoster riflesso del quale il meccanismo intimo fisiopatologico è completamente sconosciuto.

Patogenesi. — E' ancora ignoto il meccanismo intimo che dall'irritazione del ganglio porta alla comparsa delle vescicole. Hedinger ammette una compartecipazione del sistema nervoso vegetativo e questa ipotesi sembra confermata dai reperti di Déjérine e Thomas che avrebbero trovato una flogosi emorragica estesa anche al ganglio simpatico ed ai rami comunicanti.

Ora quello che interessa per il nostro caso è spiegare come possono essere in pari tempo colpite le funzioni motrici.

Le opinioni dei vari autori sono molto discordi in proposito. Ebstein e Cassirer credono che le tossine specifiche o la causa infettiva accanto alle vaso-motrici colpisca anche le fibre sensitive e motrici; Strubing ammette un passaggio diretto del processo infiammatorio attraverso una fibra anastomotica (verbindungs-Aste) di un nervo so-

pra il suo più vicino come può avvenire (per es.) tra il facciale ed il trigemino.

Schlesinger ammette addirittura che il virus colpisca in pari tempo oltre alle cellule del ganglio spinale anche quelle delle corna anteriori e Joh. Lampe, riportando un caso di herpes associato a paralisi dei muscoli dell'addome e della coscia, ammette una partecipazione delle radici anteriori.

Osservando ora queste varie interpetrazioni appare come più verosimile l'ipotesi di Schlesinger. È accertato che il virus erpetico ha molte analogie con quello della poliomielite; è dunque esso un virus a tropismo squisitamente cellulare che può raggiungere, come le cellule dei gangli spinali, anche quelle delle corna anteriori e dare luogo a delle paralisi transitorie, come è transitoria l'infezione dei gangli spinali con tutte le sue conseguenze morbose nell'àmbito della zona d'innervazione sensitiva. Basti ricordare i casi riportati nella letteratura di herpes nelle paralisi infantili e nei casi di encefalite, per ammettere come questi diversi virus della sostanza grigia possano colpire facilmente anche le cellule delle vie sensitive.

Sono molti e vari i casi di lesioni motrici nelle affezioni erpetiche: negli herpes della zona del trigemino sono state viste paralisi del facciale, dell'acustico, dei muscoli oculari; in quelli dei primi segmenti cervicali, le paralisi dei muscoli degli arti superiori, e, più raramente, negli herpes delle zone dorso-lombari, la paralisi dei muscoli addominali e degli arti inferiori (Joh. Lampe). Talvolta alle paralisi si sono associate alterazioni trofiche dei muscoli dell'arto paretico associate talvolta anche ad alterazioni non solo della cute ma anche delle ossa.

Il caso occorso alla mia osservazione coincide con quello di Jacobson riportato da Willy Alexander nel trattato del Kraus: un herpes del V-VII-VIII segmento cervicale con paralisi della spalla e del braccio.

Si trattava di una paziente di anni 42, moglie di un uomo sano, madre di tre figli sani con eredità negativa ed anamnesi personale senza fatti importanti all'infuori delle due ultime gravidanze terminate in aborto. Due anni fa mentre si trovava a Roma, fu colpita da intensi dolori alla faccia ed al capo: presentatasi all'ambulatorio della Clinica Medica le fu praticata la W. R. con risultato negativo. Anche in precedenza era andata soggetta a questi attacchi di tipo nevralgico quasi sempre nel territorio del plesso brachiale e del trigemino.

Nella prima settimana di settembre fu colpita da un violento dolore alla regione laterale destra del collo alla mandibola e alla spalla: tre giorni dopo, precedute da chiazze di arrossamento, sono comparsi gruppi di vescicolette ripiene di un liquido chiaro, sul collo, alla regione retroauricolare, alla spalla. Tutto il territorio colpito anche al di fuori delle zone eruttive era sede di una viva iperestesia tattile e dolorifica. Dopo due giorni dall'eruzione il deltoide ed il tricipite sono paretici ed è molto limitato il movimento di estensione della mano sul carpo: pochissimo colpito si mostra il gruppo flessorio.

Il riflesso del tricipite è abolito; deboli e difficilmente provocabili i riflessi periostei di estensione del carpo: l'iperestesia dolorifica si estendeva su tutta la cute del lato dorsale del braccio fino al gomito, e la pressione dei tronchi nervosi non provocava dolore. La nevralgia intanto persisteva sempre violenta e ribelle ai sedativi mentre le vescicole andavano subendo le modificazioni ordinarie. Al ventesimo giorno dall'inizio della malattia, quando le vescicole erano del tutto convertite in crosticine, il dolore andava attenuandosi, la paresi incominciò a regredire. Dopo alcuni giorni, a funzioni reintegrate, solo il riflesso del tricipite restava improvocabile.

Il caso di interpretazione abbastanza facile offre il campo allo studio della coincidenza topografica dei due disturbi sensitivi e motori. Appare evidente come le zone colpite conservino la topografia radicolare tanto sensitiva quanto motrice.

Le chiazze eruttive sono apparse nei territori tributari del III-IV-V segmento cervicale quasi fino alla linea di demarcazione assiale anteriore di Sherrington, mentre la sede della iperestesia cutanea subbiettiva e obbiettiva si estendeva fino alla zona cubitale, cioè fino alla zona dell'ottavo segmento midollare.

La paresi ha colpito in prevalenza un territorio che corrisponde alla topografia radicolare di alcune branche del plesso brachiale. Ordinariamente alle paralisi periferiche di questo plesso si accompagnano fenomeni oculo-pupillari per la compartecipazione del ramo comunicante del simpatico: nel nostro caso non esistevano fenomeni a carico dell'innervazione simpatica, fatto che in certo qual modo ribadisce l'ipotesi che l'agente patogeno, nei casi di paralisi motoria associata all'herpes, possa agire sulle colonne grigie corrispondenti, in maniera certo più blanda, ma non meno anatomicamente precisa di quello che fa la poliomielite anteriore. È evidente che una paralisi così passeggera, senza postumi, senza alterazioni del trofismo muscolare, deve essere legata ad una azione infettiva di lieve entità, forse molto meno intensa di quella che colpisce i gangli posteriori, che mostrano evidenti alterazioni istologiche per lungo tempo.

Il problema così vario dell'herpes e così profondamente studiato offre ancora molti punti oscuri degni di grande interesse.

BIBLIOGRAFIA.

OPPENHEIM. *Trattato delle malattie del sistema nervoso.*
DÉJÉRINE. *Séméiologie du système nerveux.*
KRAUS e BRUGSCH. Spezielle Pathologie u. Therapie inn. Krankheiten. Bd. X.

P. H. ROMER. Citato da ALEXANDER nel KRAUS.
ALEXANDER. *Neuralgie u. Neuritis*, in KRAUS.
MARINESCO. C. R. Soc. de Biologie, 1925.
ASCOLI VITTORIO. *La malaria.*
LEVADITI. *Herpes et Zona* Masson, 1926
ROSEMBERG. *Nierensteinkolik u. Headsche Zone in Herpes Zoster.* Deutsche Med. Woch., 1911, N. 7.
SCHLESINGER. *Herpes Zoster Bei Kolelitiasis.* Munch. Med. Woch., 1911, N. 45.
ORTNER. Munch. Med Woch., 1911, N. 45.
LEVANDOWSCKY. Citato da ALEXANDER, in KRAUS.
DÉJÉRINE et THOMAS. *Les lésion radiculo-ganglionnaires du zona.* Revue Neurologique, 1907.
EBSTEIN e CASSIRER. Deutsche Med. Woch., 1918, N. 9.
STRUBING. *Herpes Zoster u. Lahmung motorische Nerven.* Deutsche Archif f. Klin. Med., 1885, 37, 513.
LAMPE. *Ueber Waricellen Herpes Zoster mit Bauchmuskellahmung und Zwerkfellahmung.* Deutsche Med. Woch., 1912, N. 13.

NOTE E CONTRIBUTI.

Pratica reazione che si verifica positiva di frequente nei sieri dei sifilitici. (Reazione di Lama). [1]

Dott. ANGELO LAMA
comprimario med. all'Osped. Maggiore di Bologna

In questo mio enunciato, che dirò preventivo, espongo tutto ciò che è interessante scientificamente pur essendo breve nei particolari.

Credo che questo sia la reazione per diagnosticare la sifilide la più semplice, la più pratica e bene evidente quando avviene. Qualsiasi medico in un quarto d'ora, mezz'ora, può saper dire se un individuo è o no sifilitico.

Espongo senz'altro la tecnica della reazione più semplice e sbrigativa senza entrare per ora in merito alla interpretazione.

Si prende:

1) Del sangue fresco o coagulato o anche e meglio del siero di sangue separato e decantato, sia esso o no inattivato: 1-5-10 cmc.;

2) una membrana dializzante, le comuni che si tengono nei laboratori di analisi o semplicemente quelle di carta pergamenata che costano pochi centesimi (ad esempio la carta per dializzatore Bono in vendita dalla Ditta Schiavina di Bologna, carta che appunto costa pochi centesimi);

3) un recipiente di vetro adatto che può essere anche un comune bicchiere o un vetro per dializzatore Bono-Schiavina;

4) dell'acqua comune, circa 10-20-30 cm. cubici.

Messo il sangue o meglio il siero nella membrana dializzante, che sarà a contatto dell'acqua nel recipiente di vetro, vi si lascia per 10-15 minuti fino anche a mezz'ora. Così passa nell'acqua una sostanza dializzata, sostanza che io chiamo « Sostanza Sigma », sostanza che da molti anni, dal 1913, io studio e delle cui qualità fisiche e chimiche e delle cui altre reazioni dirò in seguito altra volta diffusamente.

Ciò fatto, prendo in una provetta comune da analisi una certa quantità dell'acqua contenente dializzata la sostanza Sigma, ad esempio 5 cmc.; vi aggiungo alcune gocce (4-8) di liquido di Fehling (soluzioni A e B mescolate di recente) su data proporzione, e la riscaldo poi a fiamma per circa mezzo minuto, specialmente la parte superiore del liquido della provetta, cioè faccio una reazione di riduzione. Dopo circa mezzo minuto di riposo, cioè quando il liquido comincia a raffreddarsi, appaiono a vortici, a nubecole, tutto il liquido si trasforma in color giallino verdastro torbido, di un verdino quasi opalescente per il precipitato a lamelle arranciato rameico che si forma e che poi, dopo diverse ore, precipita in un punto in fondo.

Questo avviene se il sangue è sifilitico, cioè se la reazione è positiva.

Se non è sifilitico, allora il liquido resta del colore primiero del Fehling diluito in acqua, cioè turchino azzurro limpidissimo ed allora la reazione può essere negativa.

La reazione completa con certi sieri freschi ed assai positivi si può fare in 5 o 10 minuti tutto compreso.

Le reazioni positive corrispondono alla positività della Wassermann anzi talvolta sono più sensibili.

Anche con altri reagenti si ottengono altre reazioni che sono diverse e caratteristiche (potassa, bismuto, solfato di rame, reattivo di Herlich, mercurio, permanganato di potassio, iodio, ecc.).

L'esattezza della ricerca dipende spesso dalla bontà della membrana dializzante e dall'opportuno rapporto fra il rame e l'alcali.

Anche col liquido cefalo-rachidiano e con l'urina di individui a sifilide recente e ad infezione intensa, talora ho ottenuto simile reazione, poichè possono contenere la sostanza Sigma.

Talora la reazione non arriva a formarsi così com'è descritta sopra; ed allora, sempre nei casi positivi, si ha una reazione equivalente di lieve intorbidamento biancastro che talvolta dà una flocculazione ben visibile.

Indico con questo mio comunicato un prezioso metodo di studio per la sierologia in generale ed in ispecie della sostanza Sigma che dà molte e caratteristiche reazioni.

Per ora accenno a questa reazione che è semplicissima e alla portata di tutti.

(1) Sunto estratto dalla Comunicazione presentata il 21 ottobre 1927 a Parma al XXIII Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

L'azione dinamica specifica delle albumine nell'uomo normale e patologico. Una nuova prova di esplorazione della funzione proteica del fegato.

(PR. MERKLEN et J. GUILLAUME. *Presse Médicale*, ottobre 1927).

Pettenkoffer per il primo mise in evidenza che, dopo un pasto di carne, un cane consuma nel corso della digestione una quantità di ossigeno più considerevole che nutrito con idrati di carbonio in proporzioni isodinamiche. Vi è dunque con la carne una liberazione di energia che resta inutilizzata per la copertura dei bisogni corrispondenti alla funzione degli organi. Rübner diede a questo fenomeno il nome di *azione dinamica specifica* (ADS). Rübner precisò ancora la quistione. Egli vide che per far fronte a tutti i bisogni dell'organismo di un cane a 33°, punto di neutralità termica dell'animale, non basta fornirgli una quantità di calorie corrispondente a quelle consumate. Occorre aggiungere una quantità di calorie variabile con la natura degli alimenti, ciascuno di essi possedendo una sua azione dinamica:

5 % in più per gl'idrati di carbonio;
12.7 % in più per i grassi;
36.7 % in più per le albumine.

Questa energia supplementare, perduta per i bisogni non termici dell'economia, si manifesta per contro sotto forma di calore ed è suscettibile di provvedere ai bisogni della termogenesi. Essa assume dunque un valore reale al punto della neutralità termica e deve essere valutata riferendosi a questo punto.

Gli esperimenti fatti da diversi AA. hanno dimostrato che tale produzione supplementare di calore non può essere spiegata dal lavoro meccanico e secretorio digestivo. D'altra parte Terroine ed i suoi collaboratori hanno dimostrato che una uguale perdita di energia si osserva in tutti gli esseri viventi nei processi più diversi ogni qual volta si abbia una trasformazione di proteidi in glucosidi. Si tratterebbe dunque di un processo puramente fisico-chimico consistente in una perdita di energia calorifica in conseguenza della trasformazione degli aminoacidi in un corpo utilizzabile per il lavoro cellulare, meccanico e chimico. Terroine et Bonnet hanno dato di questa perdita di energia una legge quantitativa, affermando che l'azione dinamica degli aminoacidi — e per conseguenza dei proteidi — si manifesta con una produzione di extracalore di calorie 8,4 per grammo di azoto metabolizzato.

Gli AA. si sono proposti di verificare tale legge, fondata sullo studio dell'ADS dei poichilotermi, negli animali superiori e nell'uomo in diversi stati patologici e specialmente nei casi di insufficienza epatica. Poichè nella insufficienza epatica una certa quantità di aminoacidi passa nelle urine, se la concezione di Terroine è esatta, l'ADS globale dovrà essere più debole, per una stessa quantità di proteidi ingeriti, che nell'uomo normale. Per contro essa dovrà restare la stessa se si riferisce l'extracalore alla quantità dell'azoto urinario completamente scomposto.

Gli AA. hanno valutato l'ADS tenendo conto del punto di neutralità termica e calcolando da una parte l'ossigeno consumato e dall'altra la quantità dell'azoto metabolizzato. Essi hanno trovato che l'ADS ha nell'uomo normale lo stesso valore che negli animali inferiori. Negli epatici l'ADS è abbassata. Secondo gli AA. la clinica può giovarsi di tale fatto per esplorare la funzione proteica del fegato. Già la clinica si serve, a tale scopo, del dosaggio degli aminoacidi delle urine, ma il dosaggio degli aminoacidi sia nelle urine che nel sangue può dare risultati dubbi, in quanto non tiene conto dell'azione del rene e dei tessuti. La misurazione dell'ADS evita invece queste cause di errore.

TOSCANO.

Il riconoscimento dell'insufficienza epatica iniziale.

(FIESSINGER e WALTER. *Journ. méd. franç.*, n. 9 1927).

La capacità funzionale di un organo oltrepassa di gran lunga la richiesta dell'organismo; è quindi necessario che l'organo sia profondamente leso perchè si abbiano nette manifestazioni cliniche. La sindrome epatica si ha quando hanno agito delle cause patogene a « potenziale elevato »; ma le stesse cause, a dosi refratte, non lasciano il fegato indenne specialmente se agiscono per lungo tempo; si crea così un'epatite latente, che è importante scovare nel tempo in cui il potere rigeneratore dell'organo non è ancora oltrepassato.

Cause favorevoli allo sviluppo dell'epatite latente. — 1) Predisposizione ereditaria (antecedenti familiari: ittero, litiasi, colorito giallastro), frequente nella classe agiata (figli di obesi, di gottosi, di litiasici).

2) *Infezioni od intossicazioni.* — Quelle acute ma passeggiere (polmonite, cloroformio), lasciano minori tracce che una causa leggera ma prolungata per anni (tubercolosi, sifilide, infe-

zioni dentarie, tonsillari, autointossicazioni intestinali, tachifagia, mangiatori di carni in conserva, costipati cronici, alcoolismo banale od etilismo moderato, ma continuo, specialmente sotto forma di aperitivi, e ad un grado minore, tè, caffè, tabacco).

3) Anche il sovraffaticamento fisico od intellettuale stanca il fegato; gli AA. portano anche l'esempio della tensione nervosa dei conduttori di auto.

Sintomatologia. — È molto discreta; sintoma frequente è il dimagrimento, per la parte preponderante del fegato nell'alimentazione. Si hanno poi piccoli accidenti nervosi: astenia, cambiamento di carattere, pigrizia dell'attenzione, diminuzione della memoria, cefalea, con o senza vomiti (emicrania), disturbi del sonno, sonnolenza dopo i pasti, insonnia dalle 2 alle 4 del mattino.

Sono inoltre da citarsi i disturbi della termoregolazione (nel senso di freddolosità) e della digestione (stato nauseoso al risveglio, diarrea prandiale o postprandiale, talora costipazione, feci spesso pallide), la tendenza alle emorragie (delle gengive, del naso), le manifestazioni cutanee (macchie pigmentarie, incostanti e da non confondersi con nei, efelidi, sifilide).

Frequenti le varicosità capillari (cintura che segue il contorno delle inserzioni diaframmatiche) su fondo subitterico, lo stato *carminato* delle mucose (rossore speciale del faringe e delle gengive, segno di gravità); secchezza della pelle, edemi fugaci dovuti a veleni prodotti dall'autolisi epatica; orticaria, prurito.

Per quanto riguarda i disturbi circolatorii, si ha ipotensione, che orienta talora verso la tubercolosi, l'opsiuria; la minzione non si produce che parecchie ore dopo i pasti ed è abbondante; emorroidi, varici, varicocele.

Si può avere sensazione di pesantezza al fegato, che è spesso dolente alla palpazione.

Diagnosi di laboratorio. — Si ha urobilinuria, reazione di Hay, presenza di zucchero (piccola glicosuria di origine epatica) di indossile o di scatolo.

Importante è l'esplorazione funzionale. 1) Funzione biliare: bilirubinemia, dosata col metodo di van der Berg (diazo-reazione e colorimetria). 2) Funzione antitossica, studiata con le prove coloranti (rosa bengala). 3) Funzione proteica: rapporto azotato, coefficiente ammoniacale ridotto in rapporto al pH, od ancora, indice di disaminazione (polipeptidemia riconosciuta con la differenza fra l'azoto proteico del siero defecato con l'acido tricloroacetico e quello ottenuto con l'acido fosfotungstico). 4) Funzione glicogenica: glicuronuria provocata di Roger. 5) Funzione sanguigna: tempo di sanguinamento al lobulo dell'orecchio, modo di coagulazione, segno del laccio.

Per la diagnosi differenziale con la tubercolosi, sarebbe importante la cutireazione, che si esagera all'inizio di questa e tende invece a diventare negativa nell'insufficienza epatica.

fil.

Il riflesso di chiusura del piloro come metodo di prova funzionale del pancreas e del fegato.

(IAROTZKY. *Zentr. f. Chir.*, n. 1, 1927).

L'apertura del piloro ed il passaggio del contenuto gastrico nel duodeno dipende dall'azione chimica del duodeno ed una nuova porzione non può andare nel duodeno se la prima porzione non ha ricevuto una sufficiente elaborazione dal secreto pancreatico-biliare.

Lintwarew della scuola di Pawlow ha dimostrato che mettendo del grasso nel duodeno il piloro si chiude e dallo stomaco non passa nulla finchè il grasso non è stato elaborato dal secreto pancreatico-biliare.

Se per esempio ad un cane con una fistola gastrica ed un'altra duodenale si pongono 100 cc. di acqua nel duodeno e 200 nello stomaco, dopo 10 minuti si trovano nello stomaco soltanto 10 cc. di acqua, ma se ripetendo l'esperimento nel duodeno invece dell'acqua si mette dell'olio, nello stomaco si trova un residuo di 150 cc. di acqua dopo 15 minuti; ed introducendo nello stomaco altri 200 cc. di acqua questa rimane a causa della chiusura del piloro. L'esperimento si può ripetere ottenendo sempre valori elevati di residuo di acqua nello stomaco. Praticando nei cani una fistola pancreatica o legando i dotti pancreatici ed aggiungendo un'alimentazione con burro che ha bisogno d'una grande quantità di secreto pancreatico si forma uno spasmo pilorico ed il cibo rimane a lungo nello stomaco cadendo in putrefazione.

Questi dati sperimentali sono serviti a suggerire il metodo di prova della funzione pancreatica e biliare che consiste nell'introdurre nel duodeno degli infermi da saggiare una sonda duodenale e dopo aver aspirato il contenuto immettervi 100 cc. di olio vegetale ritirando poi la sonda fino nello stomaco; si fanno bere allora 250 cc. di acqua di cui ordinariamente nei sani dopo 40 minuti non si trova traccia, mentre nei casi patologici il passaggio nel duodeno è ritardato.

Particolare interesse offre un caso di calcolo del coledoco incuneato nei pressi della papilla in cui dopo l'immissione nel duodeno dell'olio e

la somministrazione di 250 cc. di acqua si trovò questa intatta nello stomaco dopo 40 minuti con lo stesso risultato ripetendo l'introduzione di acqua per la durata di circa 3 ore. Quando l'infermo venne operato con l'asportazione del calcolo e il deflusso della bile riprese le vie naturali, ripetendo lo stesso esperimento di prima si aveva un residuo di acqua minimo.

Nei malati di achilia dopo la prova dell'olio il piloro rimaneva chiuso fino ad oltre due ore e ciò forse perchè la malattia è in rapporto con un'attività diminuita del pancreas, mentre negli ipersecretivi si ha un aumento dell'attività pancreatica e l'esperimento dà un'apertura precoce del piloro.

Ciò fa anche pensare che le ulcere gastro-duodenali possano esere in rapporto con l'attività pancreatica nel senso che per una diminuita funzione pancreatica l'azione dell'acido cloridrico si esercita più a lungo.

Così che nei malati di ulcera gastrica può essere interessante oltre che il saggio dell'acidità gastrica quello della funzione pancreatico-biliare.

R. BRANCATI.

ARTICOLAZIONI.

Problemi riguardanti le artropatie.

(F. v. MUELLER. *Archives of Internal Medicine*, ottobre 1927).

Wirchow e Volkmann insegnavano a distinguere le artropatie a carattere infiammatorio da quelle in cui prevalgono i processi degenerativi. Nell'accettare questa distinzione tra processi infiammatori e quelli a tipo degenerativo-proliferativo, è bene notare che solo le forme acute presentano un carattere puramente essudativo, e che, in quasi tutti i casi di flogosi, si notano alcuni segni di rigenerazione. Alla distruzione di tessuti articolari segue una proliferazione di tessuto connettivo: ispessimento e retrazione della capsula articolare e ipertrofia della sinoviale; spesso residuano anchilosi e adesioni e, a volte, si ha neoformazione di tessuto osseo. Nel reumatismo articolare acuto i segni della flogosi interessano specialmente la sinoviale, la quale, alla biopsia, si presenta arrossata ed edematosa: l'infiammazione si estende al tessuto connettivo periarticolare. La sinovite è caratterizzata da una infiltrazione perivascolare e perineurale di leucociti e mononucleati. Swift ritiene che il dolore sia dovuto alla pressione esercitata dall'essudato sui filamenti nervosi; le cartilagini non hanno importanza nella patogenesi del dolore. Le radiografie dimostrano che, presto o tardi, si ha atrofia delle epifisi, ma sulla origine di questa atrofia nulla ancora si sa. Può darsi sia dovuta alla immobilità articolare e, in parte, anche alla pressione esercitata dal liquido. L'A. ritiene che il processo infettivo abbia origine nel midollo osseo della epifisi, ricco di vasi, e di qui si estenda al periostio e alla sinoviale, come avviene di regola nelle osteomieliti e tubercolosi articolari. Anche il dott. Kyes è di questa opinione: dagli esperimenti fatti sugli animali egli conclude che nelle batteriemie i germi si localizzano specialmente nella milza e nelle epifisi delle ossa, perocchè quivi la corrente sanguigna subisce un rallentamento. Fraenkel e i suoi allievi hanno isolato, spesso, i germi dal midollo osseo delle vertebre e di altre ossa in numerosi casi di sepsi. Quando il processo flogistico giunge alla sinoviale, nella maggioranza dei casi si produce un essudato, che, per lo più, è privo di germi; ma nelle artriti gonococciche l'essudato è spesso ricco di gonococchi.

Artriti. — La parola « reumatismo » è stata applicata a un gran numero di stati patologici (mialgie, nevralgie e artralgie). L'A. intende occuparsi, da un punto di vista generale, dell'anatomia patologica delle artropatie vere a tipo infiammatorio e degenerativo-proliferativo. Artriti secondarie si osservano, spesso, durante il decorso di molte malattie infettive: scarlattina, dissenteria bacillare, gonorrea, meningite cerebro-spinale, infezione puerperale e febbre melitense. Il pneumococco, il meningococco e lo stafilococco sono spesso la causa di flogosi gravi delle articolazioni, ma il germe che più frequentemente si riscontra nella poliartrite acuta è lo streptococco. Singer ritiene che gli streptococchi costituiscano un gruppo omogeneo; ma i lavori di Schottmüller e Brown hanno dimostrato che vi sono vari tipi di streptococchi: 1) s. non emolitico, 2) s. emolitico, 3) s. viridans, 4) s. putrificans. Lo s. viridans si rinviene spesso nelle cripte tonsillari e agli apici dei denti guasti. Desta meraviglia il fatto che questo microrganismo, frequente ospite del faringe, possa passare nella corrente sanguigna e dar luogo a un'endocardite e a una sepsi quasi sempre mortali. L'organismo sembra incapace a produrre anticorpi contro questo cocco a scarsa virulenza. Un problema importante, ma ancora insoluto, è se questi diversi tipi di streptococchi possano trasformarsi l'uno nell'altro. Può ad esempio lo s. emolitico in determinate condizioni di ambiente ecc. trasformarsi, in modo da assumere i caratteri dello s. viridans? Ulteriori studi sono necessari per risolvere questi problemi. Le infezioni streptococciche spesso sono la causa di artriti transitorie o persistenti, che somigliano molto da vicino alla poliartrite reumatica acuta. Germi latenti per anni nella cisti-

fellea, nelle vie urinarie, nelle vene trombosate ecc. possono, ad un dato momento, penetrare in circolo e dar luogo a brivido o febbre. Senza dubbio, però, le tonsille e gli apici dentari infetti costituiscono i nidi più importanti dei cocchi.

Poliartrite reumatica acuta. — Quando si lascia il campo delle artropatie ad etiologia nota, ci si meraviglia come sia difficile stabilire, a letto del malato, una diagnosi differenziale tra una artrite dovuta a una infezione streptococcica sicura e quella dovuta al reumatismo articolare vero. Molti casi ritenuti prima come reumatismo articolare acuto erano in realtà casi di sepsi, dovuti a svariati germi. Rimane, tuttavia, un gruppo di artriti ad etiologia ignota. Fiedler richiamò, per primo, l'attenzione sulle tonsille, quale focolaio primitivo d'infezione nella poliartrite reumatica. L'asportazione di esse non ha sempre modificato il decorso della malattia. Schottmüller ha dimostrato chiaramente che vi possono essere focolai secondari di infezioni nelle vene o nelle valvole cardiache, così come nelle tonsille. Quindi non è da aspettarsi grandi risultati terapeutici dalla sola tonsillectomia; anzi l'A. ha spesso osservato peggioramento e complicazioni in seguito alla tonsillectomia. Il reumatismo articolare acuto tipico è stato riconosciuto come una entità nosologica a sè da Mac Callum, Hegeler ed altri. Swift ne ha dato la seguente definizione: « una malattia a etiologia indeterminata, caratterizzata da febbre, flogosi articolari migranti, miocardite e dalla tendenza alla scomparsa dei sintomi suddetti mediante sufficienti dosi di salicilato sodico ». Più è giovane il malato e più facilmente si ha l'endocardite e la corea. Questa maggiore suscettibilità alle complicazioni nei giovani forse è dovuta al rapido accrescimento nelle epifisi. Payr pensa a un fattore costituzionale. Molti individui sofferenti di gotta hanno una storia di dolori articolari nella loro adolescenza. Il reumatismo ha tendenza alle ricadute, forse dovute alla persistenza di un focolaio latente di infezione. Complicazioni frequenti sono: l'insufficienza mitralica e aortica. Le lesioni anatomopatologiche dell'endocardite lenta e dell'endocardite reumatica sono le seguenti: nella prima le lesioni sono a tipo ulcerativo-distruttivo e si osservano, spesso, piccoli aneurismi valvolari e perforazioni; nella seconda, invece, si osservano ispessimenti dovuti a infiltrazione cellulare delle valvole, seguita, a volte, da proliferazione di piccole verrucosità lungo il margine di chiusura delle valvole. Swift ritiene che i risultati terapeutici buoni dati dalla somministrazione di salicilato sodico rappresentino una caratteristica del reumatismo articolare. L'A., invece, è dell'opinione che il salicilato non abbia un'azione specifica, perocchè egli ha osservato che anche nella gotta, a volte, il salicilato sodico dà ottimi risultati. Schottmüller ed altri AA. ritengono che l'etiologia della malattia sia ignota e che quando si riscontrano nel sangue di questi malati dei germi, essi debbono considerarsi come una infezione secondaria. Quando si rinviene lo streptococco il quadro clinico è quello dell'endocardite lenta. Schottmüller ha recentemente dimostrato che in casi di sepsi i germi in circolo o vengono rapidamente distrutti dal potere battericida del siero o fagocitati dalle cellule dei tessuti. La batteriemia persistente si verifica solo quando i poteri di difesa organica sono ridotti al minimo. Tale condizione, peraltro, non significa che i germi si moltiplichino nel sangue, perocchè la loro moltiplicazione può verificarsi sulle vegetazioni dell'endocardio.

Ricerche batteriologiche. — Oeller, Dietrich e Sigmund hanno studiato quale sia la sorte dei batteri giunti nel circolo. Iniettando nelle vene di animali germi virulenti, dopo un breve periodo di tempo essi non si rinvenivano più nel sangue. La loro rapida scomparsa dal circolo era dovuta in parte alla azione battericida del siero e in parte al potere fagocitario delle cellule endoteliali delle venule e dei vasi capillari. S può, quindi, concludere che l'assenza di germi nel circolo non sta ad indicare che non vi sia stata precedentemente una invasione di germi. I piccoli noduli perivascolari nel fegato, milza e polmone descritti da Dietrich e Sigmund somigliano istologicamente molto ai noduli di Aschoff nel reumatismo articolare. Questi noduli non si possono perciò ritenere come patognomonici del reumatismo articolare. Per quanto riguarda il meccanismo di difesa dell'organismo contro le malattie, il lavoro di T. Smith sull'immunità naturale è di grande importanza. Egli ha dimostrato che, se i vitellini neonati vengono privati del primo latte della madre, essi soccombono in pochi giorni per setticemia da b. coli. Se invece succhiano appena nati il colostro, la setticemia da b. coli non si manifesta, perocchè i corpi immunitari acquisiti impediscono il passaggio dei bacteri attraverso la parete intestinale. Se, invece, succhiano il colostro, qualche giorno dopo la nascita, essi acquistano soltanto una immunità incompleta e si sviluppa una poliartrite purulenta. Quest'ultima evenienza è un altro esempio della predilezione delle metastasi batteriche per i tessuti e le articolazioni.

La parola « virulenza » va intesa in senso relativo, poichè un individuo può soccombere per la stessa infezione contro la quale i poteri di difesa organica hanno dapprima resistito. Nel reuma-

tismo articolare acuto si può avere la guarigione, senza che si verifichino complicazioni; mentre in altri casi si ha il quadro di un reumatismo subacuto o cronico. Negli ultimi stadi delle ricadute i sintomi articolari passano in seconda linea e il quadro clinico somiglia a quello di una sepsi lieve. Ben presto la febbre rimane persistentemente alta, il p. diviene pallido e si sviluppano i segni di una valvolite. Le emoculture possono riuscire positive per lo streptococco. È veramente necessario — si domanda l'A. — dover ammettere in questi casi una infezione secondaria? L'A. ritiene, invece, che il processo terminale non rappresenti altro che il fallimento dei poteri di difesa dell'organismo contro lo stesso germe, che ha albergato in esso per lunghi anni. Si sarebbe, pertanto, indotti a ritenere che probabilmente il germe che dà l'endocardite terminale sia quello stesso, che ha causato i ripetuti attacchi di reumatismo. Tuttavia non si può, allo stato attuale delle nostre conoscenze, negare la possibilità di una infezione secondaria.

Artriti acute. — Un altro problema riguardante la patologia delle articolazioni è quello dell'artrite acuta prodotta da agenti tossici. Tanto nei casi gravi di artrite gottosa quanto nei casi di artrite infettiva grave hanno luogo distruzioni e anchilosi dello stesso tipo. Anche nella gotta le lesioni articolari sono a tipo infiammatorio; non raramente si ha presenza di essudato endoarticolare in cui si è spesso riscontrato gran quantità di urato di sodio. Non v'ha dubbio che l'urato di sodio sia la causa della reazione flogistica. I depositi di urato di sodio producono una necrosi locale e distruzione delle cartilagini; negli strati più profondi si nota una zona di depositi calcarei, intorno alla quale si producono neoformazioni vasali e cellule osteoidi. Alla distruzione delle cartilagini epifisarie segue la neoformazione di tessuto osseo. Nei giovani, specialmente, è spesso difficile la diagnosi differenziale tra poliartrite reumatica e poliartrite gottosa; in questo caso ha grande importanza la determinazione dell'acido urico nel sangue. Nei malati di una certa età vi può essere confusione con l'artrite deformante: la determinazione dell'acido urico nel sangue rischiara la diagnosi.

Per « infiammazione cronica » — dice l'A. — deve intendersi non già un processo spento, bensì una reazione lieve di lunga durata. Le infiammazioni croniche articolari sono caratterizzate, quasi sempre, da febbre modica; frequenti sono le ricadute, ma gli attacchi sono raramente gravi. Le artropatie infiammatorie croniche sono caratterizzate da una netta atrofia del tessuto osseo delle epifisi e, a volte, anche delle diafisi. Gli studi microscopici fatti dall'A. non hanno ancora risolto la questione se questa atrofia sia dovuta soltanto alla immobilità articolare o al processo infiammatorio cronico del tessuto osseo spongioso. Tuttavia può darsi che l'immobilità, causa dell'atrofia muscolare, possa anche dar luogo alle lesioni ossee su descritte. È interessante notare che nelle vere artriti croniche infettive spesso si riscontrano delle neoformazioni ossee. Le artropatie croniche infettive appartengono quasi sempre al tipo atrofico, mentre le forme di gotta cronica presentano, per lo più, lesioni a carattere ipertrofico. Vi è un altro tipo di artrite, che si inizia come una malattia cronica con modico gonfiore e dolore delle articolazioni delle dita, con lieve febbre o apiressia, e si estende a numerose articolazioni deformandole e irrigidendole. L'A. non è certo se questa forma di artropatia sia o no di origine infettiva; nella maggior parte dei casi l'etiologia della malattia rimane completamente oscura. L'A. dice che questa frequente forma di artropatia costituisce la parte più oscura delle malattie articolari; egli ha osservato dei casi in cui le lesioni si erano estese a quasi tutte le articolazioni, durante il corso di diversi anni, ma non erano dimostrabili segni di gravi alterazioni delle cartilagini nè all'esame radiografico nè all'autopsia. La mobilità delle articolazioni era leggermente diminuita, ma le ossa delle mani, dei piedi, delle braccia e delle gambe erano notevolmente atrofiche; non si notavano lesioni a tipo infiammatorio nè osteomalacia. L'A. ha osservato 2 casi di simile artropatia in una famiglia e ritiene, quindi, possa entrare in causa un fattore costituzionale. Fra i processi cronici articolari bisogna considerare quelli di origine tossica. I più noti sono: l'ocronosi e la gotta. Nell'ocronosi è stato dimostrato che una autointossicazione con acido diossifenilacetico dà luogo a una colorazione bruna e a una degenerazione lenta di tutte le cartilagini del corpo, comprese quelle delle orecchie (Wirchow). Nella gotta cronica uratica, a volte, non si riscontrano i depositi uratici. Munk ritiene che gli spazi vuoti che si vedono nelle epifisi coll'esame radiografico siano caratteristici della gotta cronica, e i preparati anatomici dell'A. dimostrano che queste cavità vuote nelle epifisi sono riempite di urato di sodio e sono circondate da una massa di cellule infiammatorie. Però l'A. ha riscontrato simili spazi vuoti anche in artriti infettive croniche, e perciò tali spazi non possono considerarsi caratteristici. Nella gotta cronica i depositi uratici possono esistere, nelle articolazioni, senza provocare nè dolori nè segni di flogosi. Si riteneva una volta che nella gotta cronica i tessuti fossero divenuti così insensibili all'acido urico, che l'urato di sodio

non fosse più capace di produrre una reazione infiammatoria. Ma questa ipotesi è stata abbandonata, poichè l'A. ha notato che, facendo iniezioni sottocutanee di urato di sodio, si produceva lo stesso grado di flogosi e dolore sia nei casi acuti che cronici di gotta, e infiammazione più o meno grave negli individui sani, non gottosi. Le forme lievi proliferative di gotta cronica rappresentano il ponte di transizione alla seconda forma di artropatia cronica descritta da Wirchow e Volkmann sotto la denominazione di « arthropatia deformans ». Questa malattia è a carattere produttivo e non flogistico, e le prime lesioni a riscontrarsi sono la degenerazione delle cartilagini, cui segue una iperplasia di tessuto osseo. Le radiografie dimostrano che la neoproduzione ossea non si limita alla regione cartilaginea distrutta, ma si estende nelle parti viciniori. Si osservano, spesso, escrescenze polipoidi a carattere villoso. La degenerazione delle cartilagini non spiega, perciò, da sè sola l'intero processo ipertrofico. È regola, senza eccezioni, che nell'arthropatia deformans non si verifica mai anchilosi. In assenza di processi infiammatori non si ha che lievissimo dolore e gonfiore. Durante il riposo non vi è dolore affatto, nella posizione eretta sì. La causa della degenerazione delle cartilagini è ignota; può darsi si tratti di semplice atrofia senile, seguita da scarsa ipertrofia ossea. In altri casi la degenerazione cartilaginea è dovuta a cause meccaniche (piedi piatti, coxa vara, genu valgum). In molti altri casi l'origine dell'artropatia rimane oscura. Alcuni AA. pensano a fattori etiologici di natura endocrina. L'A. ha osservato nelle donne la comparsa di alterazioni croniche delle articolazioni dieci anni prima o dopo la menopausa; in tali casi si tratta per lo più di donne obese, i cui arti inferiori debbono, perciò, sostenere un sovrappeso, e i migliori risultati terapeutici si ottengono riducendo il peso del corpo. L'A. non nega, peraltro, che i disturbi endocrini possano dar luogo ad alterazioni delle ossa.

Una delle forme più tipiche di « arthropatia deformans » è il « malum coxae senile ». Anche qui la malattia si inizia con la degenerazione delle cartilagini. Le radiografie spesso danno a dimostrare deformità anche nelle articolazioni del ginocchio, della spalla e delle dita. Appare, quindi, verosimile che in questa malattia vicino al fattore meccanico vi sia anche un fattore costituzionale. L'*artropatia tabidorum* appartiene anch'essa alla categoria delle artropatie a tipo ipertrofico. In questa malattia, come pure nella siringomielia, si ha: distruzione delle cartilagini, abbondante neoformazione ossea e assenza di dolore. Alcuni neurologi credono che la malattia di Charcot sia dovuta a degenerazioni trofiche nervose. Numerosi sono, peraltro, i processi morbosi che possono localizzarsi nelle ossa e nelle articolazioni, e in questo campo della patologia vi sono ancora molti fatti oscuri e controversi, a rischiarare i quali sono necessarie ulteriori indagini batteriologiche, microscopiche e cliniche.

N. MARZO.

Il morbo di Still.

(MICHELI e GAMNA. *Min. Med.*, n. 1, 1928).

Col nome di m. di Still è universalmente nota una forma di poliartrite cronica con manipolazioni articolari multiple e simmetriche, con tumore di milza ed adenopatie ugualmente multiple e simmetriche. L'affezione è abbastanza rara, poichè dopo le prime osservazioni di Still, fatte nel 1897, i casi descritti nella letteratura sommano in tutto ad una quindicina.

Gli AA. recentemente ne riferiscono altri due casi. Il primo trattasi di un bambino di 11 anni, capitato all'osservazione dopo circa tre anni da che l'affezione si era iniziata, e dimesso dalla Clinica in condizioni lievemente migliorate.

L'altro caso si riferisce invece ad un uomo di 29 anni, ricoverato in Clinica già in condizioni alquanto gravi. L'affezione durava da 11 anni, la deambulazione non era più possibile e la morte sopravvenne per debolezza cardiaca ed edema polmonare.

Entrambi i casi sono di notevole contributo, poichè studiati molto bene oltre chè dal lato clinico, anche dal lato radiografico e istopatologico.

Dopo la descrizione dei due casi, gli AA. passano in rassegna gli elementi fondamentali della sindrome clinica ed anatomo-patologica del m. di Still.

L'affezione ha inizio nella grande maggioranza dei casi, nei primi anni di vita ed è ritenuto eccezionale, da Still in poi, dopo la seconda dentizione. L'insorgenza può essere subdola e lenta, altre volte invece tumultuosa, tanto a volte da poter simulare un attacco di reumatismo articolare acuto.

Malattia ordinariamente febbrile, il m. di Still può presentare due andamenti termici differenti: la forma cronica con febbre protratta, in cui dopo un esordio più o meno acuto si ha una febbricola intermittente che si trascina per mesi ed anni, e la forma periodica, nella quale gli accessi di febbre piuttosto alta, remittente o intermittente, si alternano in maniera più o meno irregolare con periodi di apiressia completa o quasi. Naturalmente esistono tutte le forme di transizione.

Spesso nelle forme ricorrenti gli accessi febbrili e le nuove manifestazioni articolari si ac-

compagnano ad aumento di volume della milza e talora anche del fegato, e ad aumento del volume e della dolenzia delle adenopatie.

L'accrescimento dei piccoli pazienti è più o meno sensibilmente ritardato e le condiz. generali scadute fino a presentarsi una vera cachessia. L'anemia è sempre costante, a tipo secondario con valore globulare inferiore all'unità. Specie durante i periodi febbrili quasi sempre esiste leucocitosi che può arrivare anche a cifre elevate (30 mila).

Le alterazioni articolari localizzate da principio a qualcuna delle grandi articolazioni, finiscono di regola per assumere col tempo una larga diffusione, estendendosi in maniera simmetrica, per attacchi ricorrenti, a quasi tutte le grandi e le piccole articolazioni, comprese quelle condro costali e sterno clavicolari, e quelle vertebrali.

Le articolazioni colpite appaiono tumide e dolenti, e spesso arrossate. Contrariamente al reumatismo articolare acuto, le manifestazioni articolari sono assai tenaci e tendono generalmente a fissarsi, a farsi permanenti. Frequentemente perciò si arriva al periodo di stato in cui il quadro è dominato dall'ingrossamento simmetrico di molte articolazioni, dall'atrofia spiccata dei muscoli, dalla limitazione dei movimenti, fino alla completa rigidità, con fissazione delle articolazioni in posizioni più o meno viziate e conseguentemente dall'incapacità funzionale più o meno completa dei pazienti, alcuni dei quali affatto immobilizzati e doloranti al minimo movimento.

Anatomopatologicamente è stato messo in evidenza l'ispessimento della capsula e dei tessuti periarticolari, ritenuto da alcuni come un processo di iperplasia infiammatoria della capsula e di sinovite cronica con ispessimento del connettivo e focolai multipli d'infiltrazione linfocitaria, senza essudazione in cavità.

La radiologia quasi tutta è d'accordo nell'escludere qualsiasi alterazione ossea, affermando invece il carattere prevalentemente capsulare e periarticolare delle artropatie. Ciò avvalorerebbe l'affermazione di alcuni AA. i quali sostengono essere caratteristica del m. di Still l'assenza di lesioni osseo-cartilaginee, ma non sempre è così poichè, accanto a fenomeni di demineralizzazione delle ossa e in special modo dell'epifisi, non mancano, in una parte dei casi, lesioni osteo-cartilaginee abitualmente limitate a qualcuna soltanto delle articolazioni colpite.

Caratteristiche del m. di Still, sono, come già detto, le adenopatie a focolai multipli e d'ordinario simmetrici, come sono multiple e ordinariamente simmetriche le articolazioni colpite. Tutte le stazioni ganglionari possono presentare i loro gangli aumentati di volume fino alla grandezza di una nocciola, di consistenza più o meno dura, isolati, mobili, con cute soprastante sana, poco o nulla dolenti. Dal lato anatomo-microscopico esse sono di colorito grigio-biancastro, uniformi, senza traccia di focolai di necrosi o di rammollimento sulla superficie di taglio. Fondamentalmente il tipo delle lesioni consiste in una iperplasia di alto grado degli elementi propri dei seni linfatici-endoteli cioè e cellule del reticolo e degli elementi reticolari del tessuto linfatico propriamente detto.

Degna di menzione è la presenza di un certo numero di plasmacellule e di lieve essudazione citogena, di un numero insolito cioè di polinucleati neutrofili ed eosinofili.

Il tipo istologico, dunque, e la distribuzione diffusa, ma non sistematica delle alterazioni linfoghiandolari, dimostrano chiaramente che l'adenopatia del m. di Still è un'adenopatia satellite, secondaria alle localizzazioni articolari, la quale per altro riveste almeno nei casi degli AA. una fisionomia isto-patologica sui generis, in rapporto forse con la natura dell'ignoto virus e coll'andamento squisitamente cronico dell'affezione.

L'altro elemento della triade sintomatica del m. di Still è il tumore di milza. Esso è costante, a volte può raggiungere anche dimensioni ragguardevoli. Istologicamente è un tumore infettivo, con polpa abbondante e congesta, senza alterazioni caratteristiche dei follicoli, che possono essere indifferenti, iperplastici o atrofici.

Il decorso dell'affezione è squisitamente cronico, con periodi di riacutizzazione e periodi di calma. Raramente la malattia conduce a morte, che invece può essere determinata da malattie intercorrenti, dalla tubercolosi o da affezioni pneumoniche o broncopneumoniche. L'arresto temporaneo o definito, del processo morboso, può anche verificarsi, si ha allora il ristabilimento della crasi sanguigna e delle condizioni generali, cessazione dei fenomeni infettivi, regressione dei fatti ghiandolari e di quelli articolari in misura quasi completa.

Le numerose cure tentate (fisiche, termali, raggi ultravioletti, proteinoterapia, vaccinoterapia, salicilici) non hanno, sembra, alcuna influenza. Still dice che alcune infezioni intercorrenti sarebbero capaci di modificare favorevolmente il processo, il che giustificherebbe il tentativo fatto in alcuni casi della malarioterapia.

Circa l'autonomia della forma morbosa, essa può dirsi in gran parte ammessa dalla maggioranza degli AA., nel senso di un complesso sintomatico ben definito. Più contestata invece è la sua unità etiologica.

Vi sono AA. infatti che ammettono che il m. di Still sia sostenuto sulla base di uno speciale terreno costituzionale, da vari fattori, la tubercolosi

compresa, altri che l'attribuiscono a sostanze tossiche di natura digestiva o da alterazioni del ricambio, altri infine che sostengono non essere il m. di Still altro che una forma speciale che può assumere il reumatismo articolare nell'età infantile.

Gamna e Micheli molto opportunamente controbattono tali ipotesi, giungendo alla conclusione che il *m. di Still deve riguardarsi come una malattia ad etiologia sui generis, specifica, ma tuttora ignorata*. Tutto il quadro infatti parla per la natura infettiva dell'affezione, anzi per una forma di sepsi cronica: le ricorrenze febbrili e articolari, la partecipazione al processo della pleura e del pericardio, il tumore di milza, il progressivo decadimento delle condizioni generali e della crasi sanguigna.

Disgraziatamente però si è ancora lontani dal poter definire sotto l'aspetto batteriologico l'agente di questa sepsi.

A. POZZI.

Patogenesi, diagnosi e terapia delle affezioni articolari croniche.

(H. STRAUSS. *Med. Klinik*, n. 34, 1927).

Le affezioni articolari croniche si possono dividere in artriti ed artrosi. Esse vengono determinate da fattori esogeni o da fattori endogeni; in molti casi però i fattori endogeni sono necessari affinchè un fattore esogeno determini l'affezione. Fattori esogeni sono le infezioni e i traumi. Fattori endogeni sono alterazioni umorali da cui deriva un danno alle articolazioni: gotta alcaptonuria, disturbi endocrini. È dubbio se disturbi endocrini possano per se soli determinare affezioni articolari croniche o se non ne siano soltanto la causa predisponente. Le affezioni articolari croniche sono molto più frequenti nel sesso femminile; spesso esse si iniziano o peggiorano all'epoca del climaterio. Le affezioni articolari che accompagnano la gotta e l'alcaptonuria sono determinate da una avidità locale verso i prodotti patologici più che da un'eccessiva concentrazione di questi prodotti nei liquidi dell'organismo. La patogenesi è più chiara nelle affezioni articolari da cause puramente esogene. Non soltanto i traumi manifesti ma anche i traumi latenti (difetti nella statica articolare, distorsioni improvvise, necrosi locali da processi vascolari, ecc.) possono determinare affezioni articolari croniche. Eguali affezioni si possono sviluppare nel corso di malattie infettive (sepsi, gonorrea, tifo, ecc.). In alcuni casi esse sono determinate da metastasi, in altri casi da cause tossiche (affezioni reumatoidi, malattia di Poncet, tubercolotossica) o da processi allergici. Anche nell'affezioni articolari croniche da traumi o da infezioni è necessaria una predisposizione costituzionale.

Le artriti croniche seguono talvolta ad artriti acute, in altri casi esse sono primitive. Colpiscono principalmente donne di media età, spesso all'epoca del climaterio. Determinano alterazioni dei contorni articolari, ledono la funzionalità articolare, spesso si accompagnano ad elevazioni termiche, talvolta anche a tumefazioni glandolari. Le artrosi croniche colpiscono individui in età più avanzata, al contrario delle artriti esse sono spesso oligo-articolari, alcune forme però, la malattia di Perthes e la malattia di Koler si osservano in individui giovani. Le artrosi interessano principalmente le articolazioni vertebrali e quelle alle radici degli arti.

Le deformazioni esterne delle articolazioni sono di solito minori che nelle artriti croniche; così pure le alterazioni funzionali ed i dolori. Mancano sintomi infettivi (febbre, tumefazioni glandolari).

POLLITZER.

SISTEMA NERVOSO.

La chirurgia del simpatico ha una base anatomo-patologica?

(Risultati istologici forniti dalle operazioni praticate sul simpatico cervicale).

(LERICHE e FONTAINE. *Journal de Chirurgie*, luglio 1927).

Gli AA. si domandano anzitutto se quando si interviene sul sistema simpatico per modificare o guarire una sindrome clinicamente ben definita si possa rintracciare la lesione che ha determinato la malattia. Ed appunto studiando i gangli prelevati durante alcuni interventi si possono raccogliere dei dati utili. Essi hanno rivolto la loro attenzione su 16 esami fatti in serie sui gangli cervicali e più precisamente 11 volte sul superiore, 2 volte sull'inferiore e 6 volte sullo stellato. Le loro ricerche si sono rivolte in casi di nevralgia del facciale, dell'arto superiore, nella sclerodermia, nel morbo di Basedow e nell'angina di petto e nell'asma bronchiale. Ed hanno riscontrato nel morbo di Basedow alle volte esuberanza di tessuto connettivo nei gangli del simpatico, in altri casi ipervascolarizzazione e sclerosi, in altri degenerazione o atrofia delle cellule ganglionari. Holst, in un recente lavoro molto completo sull'argomento, conclude affermando l'incostanza e l'assenza di lesioni specifiche del simpatico cervicale nel gozzo esoftalmico. Alle stesse conclusioni sono giunti gli AA. dopo averne esaminati 5 casi. Nell'angina di petto lo studio istologico dei gan-

gli simpatici cervicali è stato fatto raramente e quando è stato praticato si sono riscontrate infiltrazioni linfocitarie perivascolari senza fenomeni infiammatorii acuti. Il ganglio cervicale inferiore era intatto mentre profondamente alterato si presentava lo stellato. Come si vede dai risultati ottenuti le lesioni si presentano differenti da un caso all'altro. Alle volte si riscontrano alterazioni gravi delle cellule ganglionali di cui alcune sono in via di degenerazione, altre volte invece si hanno leggere infiltrazioni o sclerosi. Altre volte nulla. Dati questi risultati incerti non si può concludere per una assenza assoluta di lesioni; si possono soltanto formulare due ipotesi e cioè: o che la tecnica istologica attuale è insufficiente a mettere in evidenza tali lesioni o che le lesioni stesse non si riscontrino dove noi le andiamo a cercare. In attesa di dati più precisi gli autori concludono che la chirurgia del simpatico è senza una base anatomo-patologica. Essa dovrà rimanere una chirurgia fisiologica, cioè una chirurgia avente per iscopo solamente di provocare delle reazioni nervose contrarie a quelle che determina la malattia.

T. LAURENTI.

Nuove indicazioni della resezione del nervo presacrale.

(REREY. *La Presse Méd.* 19 febbr. 1927, n. 15, p. 227).

L'A. osserva che la resezione del nervo presacrale fu escogitata da Cotte e Dechaume nel trattamento di alcune dismenorree ribelli, di nevralgie pelviche, ecc. Ferey l'ha praticata in 5 casi.

Il nervo presacrale, che risulta dall'unione di filetti nervosi simpatici ad 1 cm. circa al disotto della biforcazione aortica, è situato poco a sinistra della linea mediana, in diretto rapporto con la vena iliaca primitiva sinistra; il nervo presacrale è frequentemente accollato al peritoneo posteriore, ed a volte è accompagnato da filetti nervosi che decorrono parallelamente al tronco principale. Per tale motivo scoperto il peritoneo posteriore sulla faccia anteriore della 5ª lombare in corrispondenza della biforcazione dell'aorta e sul promontorio, dopo aver scoperto il tronco nervoso principale conviene ricercare i filetti nervosi, che a volte l'accompagnano, e che se non sono resecati possono essere causa di insuccessi.

Tale operazione è indicata nei dolori della sfera vescicale (cistalgia e dolori della minzione) della sfera rettale (premiti, tenesmo, defecazioni dolorosissime) della zona soprapubica.

L'A. riporta sei osservazioni di resezione del nervo presacrale in 5 casi per nevralgie pelviche da cancro uterino ed in un sesto caso da nevralgia per aortite ateromatosa.

JURA.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

S. BAGLIONI e L. SETTIMI. *Guida all'analisi chimica applicata alla fisiologia normale e patologica.* Milano, Soc. An. Ist. Editor. Scient., 1928. L. 80.

Il manuale, che il prof. Baglioni e il collaboratore dott. Settimi hanno compilato per gli studiosi italiani, costituisce una lodevolissima iniziativa, tanto più utile in quanto, per ora almeno, è una felice oasi nel deserto letterario scientifico italiano in argomento. Ogni giorno noi ci troviamo nella umiliante condizione di non sapere consigliare un libro italiano allo studente desideroso di imparare tecniche e mezzi di indagine.

E il libro italiano viene a proposito a colmare una lacuna particolarmente sentita in questo momento, in cui, nel bagaglio del medico pratico, si può dire, entra a far parte la nozione degli esami chimici fini, delle indagini sul sangue coi micrometodi. Non può concepirsi lo studio della medicina senza la conoscenza di quanto la fisica moderna ha aggiunto di nuovo e di importante nel campo delle secrezioni, delle escrezioni, del l'ambiente vitale di tutti i tessuti, del sangue. Cresce il numero dei laboratori, la schiera dei medici e dei chimici che si dedicano alla ricerca si infittisce, s'ingrandisce con una rapidità, che preoccupa i vecchi medici, il bisogno della ricerca di laboratorio a dilucidazione o a complemento della diagnosi clinica.

La guida che gli AA. offrono segue un piano logico e didattico razionale: richiami di nozioni e leggi generali di fisica e di chimica, analisi chimica quantitativa e qualitativa, e dei corpi organici e degli inorganici. Nella dizione semplice, facilitata io direi, per lo studioso all'inizio della sua carriera, i metodi sono descritti con ogni dettaglio di tecnica necessaria al successo della ricerca, sono scelti i metodi più accettati e più moderni. Chiude il volume una guida pratica delle determinazioni da eseguire sulle sostanze da analizzare (acqua, prodotti alimentari come farine, pasta, marmellate, sciroppi, liquidi dell'organismo, sangue, liquidi sierosi, succhi, ecc.) e la descrizione dei metodi per la determinazione di alcuni processi biochimici come acidità jonica, gas liberi nel sangue, consumo di ossigeno, ecc.

Noi dobbiamo essere ben grati al fisiologo di Roma e al dott. Settimi che hanno sopportato la dura fatica di una esposizione chiara e paziente di argomento tanto difficile e tanto importante negli studi biologici e medici: si tratta di cominciare a liberarsi da una secolare schiavitù, specialmente in questioni di metodi tecnici in un

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

campo in cui la letteratura italiana è stata sempre ostinatamente astinente. Il plauso migliore lo daranno gli studiosi con l'augurio che il libro si possa rinnovare frequentemente, aggiornato e tenuto al corrente come un utile messaggero sul tavolo di laboratorio degli studiosi.

T. PONTANO.

A. RENDLE SHORT e C. J. HAM. *A Synopsis of Physiology.* Un vol. in-16°, di 258 pag. con fig. J. Wright & Sons edd. Bristol, 1927. Prezzo 10/6.

Il libro fa parte di una serie di « Sinossi » fra cui abbiamo recensito nel nostro giornale quella veramente pratica ed utile riguardante la medicina. Con gli stessi criteri è stata compilata questa sulla fisiologia, con lo scopo cioè di dare una visione rapida e precisa dello stato delle attuali nozioni sull'argomento, con uno stile conciso e con una disposizione tipografica che rende facile la consultazione e mette in vista le parti più importanti. Le odierne conoscenze sono sintetizzate in definizioni o descrizioni che, pure essendo brevi, danno un'idea chiara sulla questione che interessa.

Il medico pratico, che non ha tempo e possibilità di leggere i grossi trattati di fisiologia (che, fra l'altro costano anche molto cari!) e che desidera tenersi al corrente degli attuali studî in materia si gioverà molto della consultazione di questo libro il quale riuscirà anche assai utile agli studenti nella preparazione alle lezioni e la ricapitolazione agli esami. Per i docenti esso può bene servire come un utile schema ed un memorandum per le lezioni.

fil.

GAUTIER C. e WOLFF R. *Le métabolisme basal.* — Un vol. in-8°, di pag. 180. G. Doin e C. Paris, 1928. Fr. 15.

La determinazione del metabolismo basale, fra le ricerche che si usano fare oggi in clinica, è certamente quella che ha raggiunto uno dei primi posti. Molto utile riesce quindi il completo aggiornamento della questione fatto dagli AA. in questo piccolo manuale: in una prima parte essi studiano il metabolismo basale nell'individuo sano, mostrando su quali basi fisiologiche riposi la sua determinazione, mentre nella seconda parte è esposto tutto lo studio delle variazioni patologiche.

Il lettore perciò, oltre a sapere quali sono le circostanze in cui la determinazione del metabolismo basale trova la sua indicazione, è messo anche in grado di interpretare facilmente i risultati forniti da detta misurazione.

A. POZZI.

LIPSCHUTZ A. *Las secreciones internas de las glandulas sexuales.* (Traduzione dall'inglese del Dr. MARTINEZ NEVOT), 1 vol. in-8° di circa 500 pagg. con 140 fig. J. Morata, Madrid, 1928.

Il libro s'inizia con un *prologo* del Dr. Maranon sulla Intersessualità in Clinica, nel quale sono esposti i sintomi morfologici o psichici delle intersessualità più frequenti ad osservarsi nella specie umana.

A parte infatti l'ermafroditismo e l'omosessualismo, esistono innumerevoli forme attenuate, parziali o sporadiche, dell'inversione sessuale, somatica o psichica, non sempre bene studiate e interpretate dai vari autori. Tali forme sono dal Maranon descritte, analizzate nei loro più fini particolari e per alcune di esse indicati anche alcuni tentativi di terapia.

A questa magnifica e interessante prefazione, seguono i dodici capitoli di cui si compone il volume, tutti tradotti molto bene e con stile semplice e chiaro.

I risultati della castrazione, ad es. è uno dei migliori capitoli: oltre agli effetti che la castrazione produce nell'uomo, sono descritti i risultati di essa nei mammiferi, negli uccelli, nelle rane, negli artropodi e in tutti gli altri intervertebrati. Uno studio quindi completo, corredato da schemi e da istruttive fotografie.

La secrezione interna delle ghiandole sessuali, studio anch'esso eseguito in tutti i mammiferi, è ampiamente trattata e discussa. Segue poi la descrizione di alcuni stati anormali o patologici, quali la intersessualità, l'eunucoidismo, la precocità sessuale, ed infine il volume si chiude con un capitolo sul Problema del Ringiovanimento, nel quale sono riportati tutti i risultati delle ricerche di Steinach e di Woronoff e le loro teorie emesse.

A. POZZI.

M. POPOFF. *Das Zellstimulations problem in Anwendung auf Medizin und Landwirtschaft.* 1 op. in-8°, di p. 31 (dai Fortschs. d. Naturw. Forschung). Berlino e Vienna, Urban e Schwarzenberg, 1927. Prezzo M. 2.40.

L'A. ci presenta una revisione generale delle ricerche sue e dei suoi collaboratori sulla stimolazione cellulare. Egli mette questa in rapporto col metabolismo, il quale sarebbe condizionato dai processi ossidativi e quindi in rapporto con l'abbondanza o con la deficienza di ossigeno, anche quando entrano in gioco agenti fisici come i raggi ultravioletti, l'elettricità, ecc. L'A. ne trae delle applicazioni alla medicina ed all'agricoltura e traccia la via a nuovi problemi.

P.

Scritti biologici raccolti da LUIGI CASTALDI. Un vol. in-8° di 226 pag. Stab. Tip. S. Bernardino, Siena, 1926.

Sono riuniti in questo volume undici lavori dello stesso prof. Castaldi e di alcuni suoi allievi su argomenti di morfologia (Programma di una morfologia dell'uomo, Grandezza della sella turcica normale nell'uomo, Morfologia clinica per l'ipofisiectomia per via nasale), di storia della medicina (Regolo Lippi e le sue vedute sui linfatici, Il segreto di G. Segato) e di altri argomenti (Embolia grassosa, Le funzioni della corteccia surrenale, ecc.).

Questi studi, oltre a testimoniare una notevole attività del prof. Castaldi e della sua scuola, sono anche di utile consultazione per chi si occupa di tali interessanti argomenti.

fil.

Annales da Facultade de Medicina de Sao Paulo. 1 volume in-8° di 383 pag. con fig. e tavole. Sao Paulo, Brasil.

La Facoltà di Medicina di San Paulo inizia con questo volume la raccolta dei lavori originali compiuti dai professori ufficiali docenti ed assistenti di essa. Troviamo in esso interessanti studi sugli ematozoi del Brasile (A. Neiva e C. Pinto), sull'azione degli antisettici nelle culture in vitro (A. Lambert e R. Mayer), sul sistema reticolo-endoteliale nel morbo di Hodgkin (L. Cunha Motta), sulla cutireazione nella leishmaniosi (J. Montenegro), sull'olio di Chaulmoogra (J. De Agujar Pupo) e molti altri di notevole importanza scientifica e pratica.

Precede una biografia di A. Vieira de Carvalho, fondatore e primo direttore della Facoltà ed una storia della Facoltà stessa.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 26 gennaio 1928

Presidenza: Prof. G. GARDENGHI.

Pieghe della cristalloide alla regione equatoriale esaminate in vivo e in sezioni istologiche.

Prof. A. BUSACCA. — L'O. riferisce che in due casi di sublussazione del cristallino e cateratta parziale di vecchia data ha constatato la presenza di una sottile membrana sollevata alla superficie del cristallino stesso. Il suo margine che si solleva a circa 0,3 mm. dalla superficie della lente, presenta brevi interruzioni che le danno un aspetto ondulato.

Dopo l'osservazione in vivo uno di tali cristallini si è potuto esaminare in sezioni istologiche rilevando tra i due foglietti della detta piega due o più strati di cellule epiteliali e al di sotto di fibre, con disposizione tale da potere escludere si potesse trattare di un artefatto.

Influenza del tempo trascorso dalla mungitura sui risultati della pasteurizzazione.

Dott. G. TASSINARI. — L'O. considerando che nel latte abbandonato a sè stesso avvengono delle modificazioni che possono influenzare, talune positivamente, altre negativamente, l'efficacia della pasteurizzazione (l'aumento dell'acidità da una parte, dall'altra il formarsi di micro-coaguli inglobanti i germi e l'aumento della densità della emulsione batterica — fenomeno del Ficker) —, ha pasteurizzato molti campioni di latte ciascuno a varia distanza dalla mungitura, determinandone l'acidità e contandone i germi prima e dopo la pasteurizzazione.

Conclusioni: 1) Considerando i germi superstiti come percentuale del numero totale dei germi preesistenti sembra aversi una maggiore efficacia del processo di pasteurizzazione col passare del tempo a partire dal momento della mungitura, il che potrebbe anche essere legato all'aumento dell'acidità;

2) Ma se la porzione superstite si considera come cifra assoluta (e non si può disconoscere che la cifra assoluta dei germi superstiti abbia una grande importanza nell'efficacia della pasteurizzazione), vediamo che con l'aumentare del tempo trascorso dopo la mungitura, questa cifra si fa senza confronto più grande.

Calcificazioni tubolari del rene da iniezione intraparenchimale di sublimato.

Dott. G. PATRASSI. — Dai risultati ottenuti iniettando sublimato in soluzione, direttamente nel rene di conigli sani, o precedentemente trattati in vario modo (mediante intossicazione con tossina difterica, con nitrato d'uranio e con cantaridina; con legatura dell'uretere, e con nefrectomia controlaterale), l'O. conclude che i sali calcarei depositati negli epiteli e nel lume tubulare provengono dal plasma sanguigno e non dalla corrente urinosa; queste calcificazioni inoltre sarebbero espressione di una turbata secrezione del Ca. attraverso gli epiteli canalicolari.

Rene grinzo saturnino calcificante.

Dott. G. PATRASSI. — Alla sezione di un saturnino l'O. ha ritrovato oltre ad una forma di sclerosi renale gravissima, una calcificazione interna della corteccia a sede prevalentemente tubulare; questa sarebbe da riferirsi all'influenza tossica spiegata dal Pb. sugli epiteli, sensibilizzati probabilmente da una nefrite pregressa.

P. M. N.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Lo studio del CO_2 alveolare nelle malattie del polmone.

L'acido carbonico nato nei tessuti passa nel sangue ove si trova allo stato di dissoluzione e di combinazione. Recentemente si è data grande importanza allo studio comparativo, nel sangue del CO_2 libero e del CO_2 combinato $\frac{Co^3 H^2}{Co^3 Na H}$; si ammette che l'aumento del numeratore indichi una acidosi, e la sua diminuzione una alcalosi gassosa. La concezione antica che il polmone agisse nella eliminazione dell'acido carbonico come una vera glandola secernendo un così detto acido pneumico che dissociava il CO_2, è ora abbandonata. Vi è però un equilibrio tra la tensione del CO_2 nel sangue e nell'aria alveolare.

L. Bernard, L. Binet, R. Olivier (*Journ. Méd. Français*, n. 7, luglio 1927) richiamano l'attenzione sull'importanza dello studio del CO_2 sciolto nel sangue arterioso, e sui rapporti che esso ha con la funzione respiratoria del polmone. I fisiologi hanno dimostrato che la quantità del CO_2 in semplice soluzione nel sangue arterioso dipende dalla pressione del gas a cui è sottomesso il sangue negli alveoli polmonari. Lo studio del CO_2 alveolare corrisponde quindi allo studio del CO_2 libero nel sangue arterioso.

Per questi studi gli AA. si sono serviti dell'apparecchio di Haldane-Priestley che secondo loro dà la tecnica più corretta. I risultati di queste ricerche sono i seguenti:

Normalmente, l'aria alveolare contiene 5,6 % di acido carbonico, cioè una pressione di acido carbonico di 40 mm. circa di mercurio.

Nell'*enfisema polmonare*: Meakins e Dautrebaude hanno dimostrato esistere una notevole elevazione del CO_2 alveolare. L'aria alveolare a causa della scarsa ventilazione degli alveoli dilatati e dell'ispessimento delle loro pareti è molto più ricca che normalmente di CO_2 (si trova 60 mm. di Hg).

Nella *bronchite cronica*: la tensione del CO_2 oscilla attorno a 45 mm. di Hg. In un caso di *cancro polmonare* si trovò a due riprese 44 mm. di Hg. Nella *arterite polmonare* la tensione è sempre assai elevata, fino a 48 mm.

Nella *tubercolosi polmonare* si hanno dei dati assai interessanti. Nelle lesioni tubercolari discrete la cifra del CO_2 resta normale. Nelle tbc. fibrose il CO_2 alveolare ha una tensione elevata. Nelle forme ulcero caseose è abbassata. Di più nello stesso malato vi è un parallelismo tra il decorrere del male e la tensione del CO_2 alveolare. Questa si eleva se il P. migliora, si abbassa se peggiora, ed una diminuzione della tensione precede ed accompagna sempre le poussées evolutive. La tubercolosi polmonare con lesioni sufficentemente estese, modifica la composizione chimica del gas dell'aria alveolare: nelle lesioni fibrose, per la diminuita circolazione d'aria negli alveoli il CO_2 alveolare e parallelamente il CO_2 del sangue arterioso si elevano, vi è ipercapnia, vi è acidosi gassosa. Nelle lesioni distruttive caseose, a causa della iperventilazione polmonare, il CO_2 alveolare e arterioso si abbassano, vi è acapnia, vi è alcalosi gassosa.

Nel *pneumotorace artificiale* la tensione alveolare si eleva progressivamente, quando questa terapia è seguita da miglioramento; si abbassa quando ella fallisce.

L. TONELLI.

CASISTICA.

Anomalie ed accidenti della prima dentizione.

Circa le anomalie la prima dentizione può essere *precoce* ed iniziarsi al 4° 3° mese anzichè al 7° come di norma: raramente prima del 3° mese, in qualche caso eccezionale era già manifesta alla nascita. È dai più attribuita a malattie dei genitori, sopra tutto a lues. I denti precoci nei bimbi allattati al seno possono essere causa di ulcere del capezzolo.

Più frequente è l'eruzione *ritardata* al 10°-12° mese, e talora al 15°-18°. Un modico ritardo è di scarsa importanza, e viene attribuito ad allattamento artificiale o a disturbi gastro-intestinali; un ritardo più notevole è importante e deriva per lo più da disturbi generali come il rachitismo, le encefalopatie croniche con alterazioni psichiche, idiozia e nel mixedema. Più importanti e discussi delle anomalie sono gli accidenti della prima dentizione. Marfan li distingue in due categorie: 1) quelli in cui pare debba esservi accordo; e 2) quelli che devono e meritano di essere discussi.

Alla prima serie appartiene la così detta *dentizione difficile*: Il dente sta per spuntare, la gengiva si gonfia, si tende, si fa viola o pallida, dà molto prurito; il bimbo è irrequieto, agitato, febbricita a 37°,8-38°, dimagra. Spunta il dente e tutto cessa come per incanto. Talora la mucosa si rompe, il sacco follicolare si infetta, si ha un essudato sieroso, siero-purulento, una *pericorona-*

rite acuta, con sintomi generali inquietanti, febbre viva a 39°-40°, vomito, talora convulsioni. Colla apertura spontanea o chirurgica del sacco follicolare, coll'uscita dell'essudato cessa ogni fenomeno generale e cade la temperatura. Talora la mucosa si assottiglia, vi penetrano i germi e si ha una *stomatite ulcerosa comune*.

Vi sono poi gli accidenti di dentizione discussi: febbre, tosse, diarrea, prurito, eritemi, eczemi, sintomi meningei.

Per quanto scettici non si può negare alla dentizione una certa importanza nella produzione di alcuni di questi fenomeni. Henoch, Variot, Marfan ammettono la sua influenza sull'arresto o sul rallentamento della crescita e della statura. Il profano però dovrebbe ritenere che i denti non producono alcun male. Dal lato pratico nell'irritazione della mucosa gengivale Marfan consiglia. Pr: Jodio metallico gr. 0,05; Joduro di sodio gr. 0,10; Glicerina e acqua di menta aa cmc. 30 per pennellature. Nella pericoronarite si deve incidere la gengiva (Concetti, Marfan); nella stomatite ulcerosa si applichi acqua ossigenata pura o violetto di metile all'1 %; nei rari casi di perialveolite e carie degli incisivi della prima dentizione da lues (Piccardi, Mensi, Wimberger) si faccia cura antiluetica a base di arsenobenzoli.

(*Clinica ed Igiene infantile*, n. 5, sett. 1927).

L. TONELLI.

La febbre da latte secco.

Lelong ed altri (*Bull. de la Soc. de Ped. de Paris*, giugno-luglio 1927) hanno osservato degli accessi febbrili in alcuni bambini alimentati con latte secco, che si trovava da sette mesi nel dispensario. L'uso di latte di altra marca e poi di latte della stessa marca, ma proveniente da un approvvigionamento più recente, non ha provocato nessun fenomeno febbrile. Il latte incriminato non presentava all'analisi nessuna alterazione ed era perfettamente asettico. Si deve quindi ritenere che fosse in causa il solo invecchiamento, il quale sarebbe capace di apportare nella costituzione del latte delle modificazioni tuttora mal definite, ma tali da conferirgli delle proprietà piretogene, almeno per alcuni bambini.

Anche da un altro degli autori viene riferita un'analoga osservazione, di un bambino affetto da uno stato subfebbrile, che cessò soltanto il giorno in cui il latte secco fu sostituito con latte di vacca fresco.

La sensibilizzazione al latte può anche essere più completa e comprendere tutte le specie di latte: puro, condensato, secco, di asina; nel caso di un bambino, tutti i tentativi di desensibilizzazione sono stati vani, sicchè il bambino si dovette nutrire esclusivamente con farine e legumi preparati con l'acqua e con il brodo di legumi; si sviluppò benissimo in completa apiressia.

Tutti questi bambini affetti da febbre da latte non hanno nessuna apparenza di malati gravi; spesso continuano ad aumentare di peso e, soppressa la causa, ritrovano la piena salute.

fil.

Sui vomiti a ripetizione nei poppanti.

I vomiti a ripetizione dei poppanti dipendono soltanto in via del tutto eccezionale da una stenosi pilorica, che richiede il trattamento chirurgico. Sono invece il più spesso dovuti all'intossicazione ed alla dispepsia gastrica. Possono presentarsi subito dopo la nascita o qualche settimana più tardi, improvvisamente 1/2 ora, 3/4 d'ora dopo la poppata. L'intossicazione non proviene dal bambino, ma dall'alimento e si ha più spesso nel bambino al seno che in quello alimentato artificialmente.

Rousseau-Saint-Philippe (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1927, n. 11) consiglia di somministrare della pepsina con acido cloridrico, degli alcalini, della tintura di giusquiamo e di belladonna. Se lo stato generale deperisce, si faranno delle iniezioni di siero fisiologico, di adrenalina, di caffeina e delle inalazioni di ossigeno. In qualche caso si rende necessaria la soppressione dell'alimentazione al seno.

fil.

L'avvenire dei bambini affetti di peritonite tbc.

Nobécourt e Dragoiiub (*Revue de la Tuberculose*, dicembre 1927, n. 6) su 25 malati affetti da forme diverse di peritonite tbc., che gli AA. hanno potuto seguire per un certo tempo, fanno la seguente statistica: 7 morti durante la degenza in ospedale o poco dopo l'uscita, 7 perduti di vista e di cui l'avvenire è ignorato, 1 morto, 5 non guariti, 5 guariti clinicamente. La peritonite tubercolare dei bambini è dunque un'affezione grave di cui la prognosi varia a seconda delle forme cliniche: vi sono forme rapidamente mortali e altre che hanno invece tendenza spontanea ad evolvere verso la regressione. Questi ultimi hanno in genere una durata lunga. Bisogna diffidare dalle guarigioni cliniche, poichè non sempre sono vere guarigioni; alcuni malati guariscono realmente, qualunque sia la sede del processo tubercolare.

Fra gli agenti terapeutici, gli AA. insistono specialmente sull'uso, dopo la fase acuta, dell'elioterapia e dei raggi ultravioletti.

A. POZZI.

TERAPIA.

La sieroterapia antigangrenosa locale.

Secondo J. Emerit e M. Lepaumier (*Gazette des hôpitaux*, 17 marzo 1927) la sieroterapia antigangrenosa meriterebbe un'attenzione maggiore di quella che le fu fin qui accordata. Gli ostacoli alla sua diffusione consistono nella molteplicità delle varietà microbiche e nel modo difettoso di applicazione, in una certa diffidenza e prevenzione che si ha contro di essa.

È soprattutto la via locale che dovrebbe avere secondo gli AA. la massima importanza, sia come complemento della sieroterapia endomuscolare (nelle grandi infezioni con minaccia di setticemia), sia isolatamente per iniezioni locali e specialmente come medicazioni mediante stuelli sterilizzati ed imbevuti del siero, sia infine per mezzo di una vera lavatura, versando il siero sulla ferita.

Tale metodo è stato applicato nei modi seguenti.

1) Chirurgia degli arti. Nelle grandi lesioni delle fratture aperte, si ricorrerà alla lavatura preventiva per mezzo del siero antigangrenoso ed alla sieroterapia endomuscolare. Nelle gangrene gazose dichiarate, la lavatura del focolaio con siero antigangrenoso unita con la iniezione di siero in corrispondenza del focolaio dopo il trattamento chirurgico affrettano notevolmente la disinfezione e la cicatrizzazione. Sono pure molto utili gli stuelli imbevuti di siero e messi nell'incisione principale e nelle controaperture, rinnovandoli più volte al giorno.

2) Chirurgia intestinale. È stata applicata specialmente nell'appendicite gangrenosa, con stuelli abbondantemente imbevuti di siero e messi nel cavo del Douglas; verso il cieco-colon ed una nella fossa iliaca destra: si mette poi un drenaggio fra tali stuelli iniettando in esso del siero; si associerà anche la sieroterapia antigangrenosa. Gli AA. propongono di estendere tale metodo alle ernie strozzate, in stato di sfacelo, alle esteriorizzazioni intestinali, nello sfacelo emorroidario del retto.

3) Chirurgia urinaria. Specialmente dopo lo sbrigliamento classico, iniezioni locali nel focolaio e medicazioni con stuelli imbevuti con siero

4) Ginecologia. Come preparazione per l'intervento, nei polipi sfacelati, nelle ulcerazioni del prolasso, che sembrano mantenute dagli anaerobi vaginali.

5) Chirurgia polmonare. Trattasi di un'efficacia molto discussa; ad ogni modo è sempre utile tentarla.

6) Nelle semplici medicazioni: monconi d'amputazione per gangrena, nelle ferite atone, ulceri delle gambe, antiche ustioni (medicature quotidiane col siero antigangrenoso); così pure nelle affezioni gangrenose localizzate, nella gangrena diabetica di un arto, dello scroto, di un antrace.

L'applicazione locale del siero ha dato sempre una sedazione rapida dei segni locali di infezione.

Gli AA. hanno usato il siero dell'Istituto Pasteur antivibrione, antiperfringens, antiedematoso.

fil.

Simpaticectomia periarteriosa, con legatura della vena femorale nella gangrena diabetica.

Fino a poco fa l'amputazione fu il metodo chirurgico più usato nella cura della cangrena diabetica: e in vari casi con successo, specie nelle amputazioni precoci ed alte, mentre le basse furono seguite sempre da disastri.

L'insulina, come misura preoperativa ha indotto i chirurghi, dice Brocke (*The Practitioner*, n. 5, novem. 1927), a ritardare di più l'intervento creando una falsa, e perciò pericolosa, sicurezza.

I lavori sulla enervazione dei vasi sanguigni hanno aperto nuove speranze nella cura chirurgica di questi casi.

L'A. lo ha sperimentato in cinque casi che gli permettono di concludere che in molti casi il decorso è così rapido che non dà tempo ad un utile intervento chirurgico. I casi invece in cui questo è possibile si avvantaggeranno del seguente metodo complesso che comprende: 1) una breve cura preliminare di insulina che rende il paziente più resistente; 2) un trattamento locale di bagni caldi; 3) una precoce operazione: il metodo di scelta è la simpaticectomia periarteriosa della a. femorale nel canale di Hunter's, con legatura della vena femorale; 4) dopo cinque o sei giorni amputazione bassa. L. TONELLI.

I gravi danni delle iniezioni sottocutanee di siero adrenalinizzato.

Leveuf e Pignot (*Le Jour. Méd. Franç.*, n. 12) ricordano come quantunque sia consigliabile secondo alcuni formulari terapeutici praticare iniezioni di adrenalina pura o diluita in siero artificiale pur non di meno è necessario andare molto cauti nel praticare tali iniezioni perchè spesso qualche giorno dopo si nota una enorme zona di sfacelo di tessuti che occupa la metà o i 2/3 della faccia esterna della coscia (sede normale per l'iniezione). Dopo qualche settimana la pelle in sfacelo si elemina lasciando una vasta perdita di sostanza che guarisce a stento e dopo lunghe cure. Gli AA. ne hanno osservato tre casi in cui riuscirono a stento ad ottenere la guarigione.

Osservazioni simili furono fatte da altri (Guillaume e Vignes).

La patogenesi di tali accidenti è in rapporto anzitutto con il potere vaso-costrittore energico dell'adrenalina, azione che è molto marcata anche quando la soluzione raggiunge l'uno per diecimila. Dal punto di vista sperimentale sembra che l'ischemia provocata sia breve in quanto che i vasi capillari non riprendono il loro calibro primitivo che dopo tre quarti d'ora.

Nei casi esaminati in cui fu praticata l'iniezione di siero nella regione esterna della coscia bisogna pensare oltre all'azione vaso costrittrice dell'adrenalina alla compressione meccanica determinata dall'edema considerato che l'adrenalina ritarda l'assorbimento del siero. Per spiegare poi perchè lo sfacelo non si verifichi sempre occorre pensare che nella genesi di esso abbiano importanza due fattori e cioè: 1) che gli accidenti avvengono per lo più quando si usano siero glucosato e adrenalizzato e 2) per l'influenza certa di un elemento infettivo. Per ovviare a tali inconvenienti gli Autori consigliano di iniettare siero fisiologico o glucosato nella sede di elezione e di praticare l'iniezione di adrenalina a parte in pieno muscolo.

T. LAURENTI.

Formulario.

Contro il decubito.

Iodoformio polverato	gr.	*tre*
Lanolina	»	*dieci*
Vasellina pura	»	*venti*

Uso esterno.

Contro i geloni.

Unguento di Wilson	gr.	*venti*
Glicerolato d'amido	»	*dieci*

P. appl. locale.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. E. S. da M.:

1) Non abbiamo pubblicato per esteso i programmi di esame per gli aspiranti all'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo, Ella ne può prendere visione presso gli uffici dei medici provinciali o dei medici di porto.

2) Il biennio decorre dalla data del diploma di abilitazione all'esercizio del medicina e chirurgia.

3) Nulla è deciso se e quando avranno luogo gli esami per gli aspiranti all'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo.

C.

Al dott. C. L. da S. A... V.:

Può rivolgersi ad un Istituto bibliografico; cfr. questo periodico, 1925, p. 1069 e 1923, u. 1371.

VARIA.

L'Istituto radiologico di Pietrogrado.

I giornali tedeschi hanno dato notizia di un colossale Istituto radiologico statale, fondato a Pietrogrado da due anni. Nulla esiste di paragonabile in tutti gli altri paesi. Esso comprende due reparti, tra loro coordinati: uno fisico-tecnico e l'altro medico-biologico. Al primo sono addetti circa quaranta fisici e tecnici e comprende, tra l'altro, una fabbrica propria di tubi Röntgen, una stazione per lavorarvi le candele di radium, ecc. Il secondo risulta di una grande stazione centrale cui sono collegati un ambulatorio, quattro stazioni cliniche, una sezione anatomopatologica e quattro grandi laboratori speciali: uno isto-biologico, uno biochimico, uno botanico-microbiologico ed uno batteriologico.

I pazienti vengono prima visitati nell'ambulatorio, per una cernita grossolana; i casi giudicati adatti passano alla stazione centrale, per l'esame definitivo e lo smistamento.

Il reparto dispone di 18 apparati Röntgen, tutti fabbricati in Germania; il radium per usi medici è per ora di 300 milligrammi.

L'Istituto pubblica i suoi «*Annali*» in lingua russa; la sezione medico-biologica della rivista uscirà tra poco anche in tedesco, francese ed inglese.

Riferendo queste notizie la rivista *Echi e Commenti* osserva come l'Istituto radiologico di Pietrogrado dimostri, ancora una volta, a quali aberrazioni conduca il bolscevismo: purchè si riesca a conquistare la fiducia dei commissari generali, quasi tutti sempre ignoranti, si ottengono i mezzi per attuare i progetti più megalomani, fuori di ogni proporzione con la povertà generale del popolo e col deficiente sviluppo di altre forme di attività.

Negli altri paesi non si è mai visto un'esorbitanza simile di un istituto scientifico su tutti gli altri. Questa mancanza di correlazione e di omogeneità conferisce una fisionomia decisamente mostruosa all'Istituto radiologico di Pietrogrado.

Evidentemente manca in Russia un'autorità superiore competente, che regoli, disciplini e coordini le varie forme di attività: è questo un effetto del regime di dittatura senza contrasti, esercitata da pochi irresponsabili su tutta la nazione. Ne deriva un progresso falso, perchè troppo unilaterale: esso esercita un'azione negativa su altre discipline, che rimangono trascurate e neglette, mentre sacrifica interessi generali e particolari.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Riunione del Consiglio Superiore di Sanità.

Durante i giorni 30-31 gennaio e 1° febbraio u. s. al Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) si sono svolti, sotto la presidenza dell'illustre senatore prof. Ettore Marchiafava, i lavori del Consiglio Superiore di Sanità, recentemente ricostituito e ampliato in base alla nuova legge 23 giugno 1927 (VI), n. 1070, recante disposizioni varie sulla Sanità Pubblica.

L'insediamento del nuovo Consiglio è stato fatto dal Sottosegretario di Stato per l'Interno, S. E. il Conte Giacomo Suardo, il quale ha pronunciato il discorso di apertura dei lavori, riportato nel N. 6 del nostro giornale.

Dopo una risposta di caldo ringraziamento rivolta dal Presidente, a nome dell'intero Consiglio, a S. E. il Capo del Governo per la vigile cura che il Governo Nazionale rivolge a favore dei problemi sanitari e sociali, viene aperta la discussione sulla ampia e dettagliata Relazione redatta dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica e presentata preventivamente, in bozze di stampa, a tutti i componenti del Consiglio.

Tale relazione — che, come quelle degli anni precedenti, sarà fra pochi giorni pubblicata a cura del Provveditorato Generale dello Stato e della quale daremo presto un largo riassunto — riguarda gli atti compiuti dall'Amministrazione della Sanità Pubblica dal 1° luglio 1926 al 30 giugno 1927. Essa comprende, in un primo volume, un'ampia e particolareggiata esposizione della multiforme attività svolta dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica; e riunisce in una seconda parte i provvedimenti emanati, le circolari illustrative, i dati riguardanti i vari capitoli della relazione, l'elenco delle istituzioni antitubercolari, ecc.

*
* *

Apertasi la discussione, il Prof. Maggiora vivamente si compiace della pregevole Relazione, la quale documenta il lavoro fattivo che la Direzione Generale della Sanità Pubblica svolge in ogni campo dell'igiene pubblica.

Il Prof. Manfredi, dopo essersi associato al Prof. Maggiora, esprime il suo plauso ai provvedimenti emanati dal Governo Nazionale per la lotta contro la tubercolosi, culminati, da una parte, nella legge 27 ottobre 1927, n. 2055, che determina su larga base il finanziamento della lotta stessa mediante il sistema dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, e dall'altra, nella legge 23 giugno 1927, n. 1276, con la quale si conferisce ai Consorzi provinciali antitubercolari il potenziamento necessario perchè essi costituiscano il «caposaldo» della organizzazione antitubercolare.

Tenuta presente la necessità di assicurare alla applicazione pratica di dette leggi la maggiore efficienza e la più estesa portata, esprime il desiderio che nel più breve tempo ogni Consorzio Provinciale Antitubercolare abbia alla diretta dipendenza almeno un dispensario antitubercolare provinciale e gli elementi tecnici necessari per lo svolgimento regolare della propria azione; e che si predisponga anche la preparazione del personale specializzato necessario per i posti direttivi dei nuovi impianti sanatoriali e dispensariali, e ciò sia mediante borse di studio e di tirocinio presso le migliori opere antitubercolari esistenti in Italia e all'estero, sia mediante la istituzione di corsi speciali presso i Centri universitari.

Si augura, infine, che da parte dei vari Ministeri si dia opera concorde perchè le finalità essenzialmente preventive, che la lotta antitubercolare si prefigge, trovino una piena ed armonica rispondenza nella applicazione delle recenti provvidenze legislative sulle case popolari ed ultrapopolari, dovendosi riconoscere come il problema delle abitazioni delle classi disagiate sia grandemente legato alla diffusione del flagello tubercolare.

Il Prof. Casagrandi, dopo essersi associato alle parole del Prof. Maggiora, esprime il suo compiacimento per l'attività con cui la Direzione Generale della Sanità Pubblica invigila il servizio della vaccinazione jenneriana, a difesa della popolazione contro l'infezione vaiuolosa.

Il Dott. Vacino si compiace delle recenti disposizioni adottate dal Governo Nazionale nei riguardi della lotta contro la tubercolosi e di quelle relative alla protezione della maternità e dell'infanzia e rileva l'ottimo contributo che può ottenersi dalla propaganda igienica presso il popolo, per la quale i medici condotti sono validi collaboratori.

*
* *

Il Consiglio Superiore, proseguendo nei suoi lavori, dopo avere esaurito l'esame di particolari questioni riguardanti: ricorsi vari, istanze in materia di acque minerali, stabilimenti termali, privative industriali, ecc., passò all'esame dei dieci schemi di regolamento sottoposti al suo parere, e precisamente:

1) Schema di regolamento per l'esecuzione del R. D. Legge 15 agosto 1925, n. 1832 concernente le scuole convitto professionali per infermiere e le scuole specializzate di medicina, pubblica igiene ed assistenza sociale, e per assistenti sanitarie visitatrici.

Detto schema è inteso a dare norma esatta e precisa alla organizzazione di dette scuole. Vuolsi dalle norme proposte che sul loro funzionamento possano in ogni caso giungere la vigilanza e l'opera coordinatrice del Ministero del-

l'Interno, in modo che i diplomi da esse rilasciati ed elevati a dignità di diplomi di Stato corrispondano effettivamente ed uniformemente a quel livello cui si vuole far pervenire l'assistenza immediata dell'infermo e la vigilanza sanitaria domiciliare.

La discussione svoltasi diede luogo ad alcune dichiarazioni dei Consiglieri Professori Sclavo e On. Gabbi in favore del personale degli Ordini religiosi che presta servizio nei nostri ospedali, il quale porta nell'adempimento dei suoi doveri uno spirito di carità di cui vi è assoluto bisogno per il bene dei malati. Il Prof. Sclavo ha espresso l'augurio che tale personale sia tenuto nella dovuta considerazione per l'ordinamento razionale della assistenza infermiera dei nostri ospedali.

2) Modificazioni al regolamento 9 novembre 1923, n. 2534, per esecuzione della legge 18 dicembre 1923, n. 396, per la repressione dell'abusivo commercio di sostanze velenose aventi azione stupefacente.

Le proposte modificazioni sono intese a perfezionare le attuali disposizioni nelle parti che la esperienza ha dimostrate insufficienti all'alto fine sociale, e a stringere con rigore sempre maggiore le insidie che, attraverso l'uso degli stupefacenti, vengono tese alla pubblica salute.

3) Schema di regolamento per la esecuzione della legge 23 giugno 1927, n. 1264, sulle arti ausiliarie delle professioni sanitarie.

Questo schema di regolamento renderà possibile l'applicazione della legge, cui si è precedentemente accennato, ed è rivolto a contenere le arti ausiliarie delle professioni sanitarie e segnatamente dell'ottico, dell'odontotecnico, dell'ortopedico e dell'infermiere, nei loro giusti confini.

4) Schema di regolamento sulla vigilanza igienica del latte destinato al consumo diretto.

Questo schema viene a colmare una lacuna delle vigenti disposizioni col precisare le norme per la produzione igienica del latte, per l'esercizio delle vaccherie e per l'igienico commercio di questo alimento, importantissimo specialmente per l'infanzia e che merita la maggiore tutela da parte dei pubblici poteri.

5) Schema di regolamento per l'esecuzione del nuovo testo unico della legge sugli Ordini dei medici chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti.

Coordinate in detto testo unico le disposizioni riguardanti gli ordini dei sanitari con quelle relative ai sindacati, era necessario adeguare alle nuove disposizioni anche le norme regolamentari sugli Ordini dei sanitari, e a ciò viene provveduto con lo schema predetto.

6) Schema di regolamento per la esecuzione della legge 23 giugno 1927, n. 182, portante provvedimenti per gli odontotecnici concessionati delle nuove provincie.

Si tratta di disposizioni intese a dare agli odontotecnici concessionati delle Nuove Provincie quello stesso trattamento di favore che ebbero i loro colleghi delle antiche provincie del Regno nell'anno 1912. Lo schema di regolamento detta le norme per gli esami di abilitazione per gli odontotecnici che aspirano all'esercizio della odontoiatria.

7) Applicazione dell'articolo 6 del Regolamento della igiene sul lavoro. Elenco di sostanze tossiche ed infettanti.

Con la compilazione di tale elenco si assolve ad un preciso dovere dello Stato, rendendo possibile l'applicazione delle disposizioni di tutela dei lavoratori in quelle fabbriche ove si adoperano o si producono sostanze tossiche e infettanti.

8) Regolamento per l'applicazione della legge 23 giugno 1927 n. 1070 contenente disposizioni varie sulla sanità pubblica (articoli 9, 11, 12, 13).

Il complesso delle norme contemplate in questo regolamento tende a rendere attuabili le recentissime disposizioni di legge intese a tutelare la maternità, quante volte fosse delittuosamente insidiata e contemporaneamente a vigilare sulla produzione e sullo smercio di quei presidi medici e chirurgici, i quali potrebbero rappresentare un pericolo.

9) Regolamento per l'esercizio ostetrico delle levatrici.

Questo Regolamento in coordinazione con quello precedentemente indicato, perfeziona la vigilanza sul servizio ostetrico da parte delle levatrici, rendendo obbligatoria la registrazione degli aborti e dettando per esse più dettagliate norme professionali.

10) Istituzione del diploma di « perito igienista » medico, chimico e veterinario.

Siffatta istituzione corrisponde all'esaurimento di un voto emesso dal Consiglio superiore di sanità nella precedente sua sessione e soddisfa alla necessità di preparare gli ingienisti indispensabili per le pubbliche amministrazioni.

*
* *

Ultimata la trattazione dei suoi lavori, il nuovo Consiglio ha approvato numerosi « voti », ed ha espresso, in un ordine del giorno, approvato all'unanimità, il suo vivo sentimento di plauso e di gratitudine per l'interessamento che il Governo Nazionale, interprete della volontà del Duce, rivolge alle questioni relative alla salute fisica e morale del popolo italiano.

T. C.

Consorzi antitubercolari.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica, Divis. A, Sez. 2a) ha diramato ai sigg. Prefetti e all'Alto Commissario di Napoli una circolare, in data 13 gen. 1928-VI, molto dettagliata e precisa, relativa alla costituzione e al funzionamento dei Consorzi provinciali antitubercolari.

Tratta anzitutto degli Enti che entrano a far parte del Consorzio; la legge 23 giugno 1927, n. 1276, vi chiama obbligatoriamente, oltre alla Amministrazione Provinciale ed a tutti i Comuni della Provincia, anche gli Enti pubblici che nella Provincia stessa esercitano, in tutto o in parte, funzione antitubercolare; prevede inoltre la partecipazione volontaria delle Congregazioni di Ca-

rità, delle associazioni sindacali legalmente riconosciute, nonchè delle associazioni private, degli istituti di previdenza e di assicurazione e delle organizzazioni finanziarie e commerciali.

La circolare espone poi ampiamente gli scopi dei Consorzi, ripartendoli in sei capitoli: 1) coordinazione, integrazione, impulso alle opere antitubercolari esistenti nella provincia e creazione di nuove; 2) ricerca ed accertamento del malato; 3) assistenza sanitaria; 4) profilassi; 5) propaganda; 6) istruzione.

Tratta, infine, dell'amministrazione dei Consorzi ed a tale scopo riporta uno « Statuto modello » ed indica la procedura da seguirsi per la revisione degli statuti vigenti.

Lo statuto modello consta di 23 articoli, ripartiti in 10 titoli. Lo riporteremo prossimamente.

Cronaca del movimento professionale.

Opera Orfani Medici Morti in Guerra.

È stata diramata la seguente circolare ai presidenti degli Ordini dei Medici e segretari dei Sindacati medici:

« Richiamo l'attenzione di tutti i medici su di una Istituzione benefica e che ha un alto significato morale e patriottico, cioè l'opera degli orfani dei medici morti in guerra. Quest'opera ha vissuto sino ad oggi sui contributi volontari degli ordini e nessun ente è intervenuto con sussidi o quote ad integrare il fabbisogno per il mantenimento e l'istruzione di questi orfani, che è impegno d'onore della Classe medica di condurre all'acquisto di un titolo professionale. Le incertezze derivanti agli Ordini dall'elaborazione di una nuova legislazione nei loro riguardi, ha reso perplessi i colleghi circa la possibilità o meno di alimentare con i propri contributi, tratti dal bilancio degli Ordini, quest'opera di assistenza per i figli dei colleghi caduti per la Patria.

Ora la sistemazione degli Ordini dal punto di vista legislativo è avvenuta, e tra poco tempo le disposizioni in materia saranno pubblicate dalla « Gazzetta Ufficiale ». Le funzioni degli Ordini si limiteranno alla tenuta degli albi, quindi dal loro bilancio potranno trarre, senza danno, la piccola quota per ogni inscritto a favore della Istituzione di cui è oggetto la presente circolare. I sindacati medici provinciali sono invitati ad esplicare tutta la loro opera perchè gli Ordini stabiliscano subito la quota da devolversi a favore degli orfani dei medici caduti in guerra, dando comunicazione a questo S. N. F. dei risultati ottenuti.

Le quote dovranno essere al minimo di L. 2 per iscritto e dovranno essere versate direttamente al Sindacato Medico Nazionale, via Lucchesi, n. 31, che curerà la trasmissione dei fondi all'Opera per gli orfani dei medici caduti in guerra, dando comunicazione su « Federazione Medica » delle somme ricevute e dei versamenti fatti all'Opera.

Il Segretario del S. N. M. F.:
ARNALDO FIORETTI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALBANO LAZIALE (*Roma*). — Scad. 30 apr.; uff. san. con Genzano e Ariccia; L. 12,000 e 5 quadrienni dec., L. 500 indenn. missione ogni Comune aggregato al Capo consorzio; trasp.; divieto eserc. profess.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,20. Rivolgersi R. Prefettura di Roma.

AMELIA (*Terni*). — Scad. 20 apr.; 2 cond.; lire 8000, oltre L. 600 serv. att., c.-v., 5 sessenni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Cercasi assistente laureato di recente; stip. L. 4400 lorde, alloggio, vitto tutti i giorni o equivalente in danaro. Per informazioni rivolgersi alla Direzione Sanitaria.

BAGNO DI ROMAGNA (*Forlì*). — Scad. 30 apr.; 2 cond.; L. 11,000 e 10 bienni ventes., L. 4000 cavalc., età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

BASCHI (*Perugia*). — A tutto 30 apr.; capoluogo; L. 9000 per 1000 pov. e addizionale L. 2; sei sessenni dec.; L. 600 serv. att.; c.-v.; L. 500 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 10 mar.

BERTINORO (*Forlì*). — Al 19 apr., ore 18; 3ª cond.; L. 9000 e 10 bienni ventes. oltre L. 3000 cavalc.; c.-v.; doc. a 3 mesi dal 19 mar.; tassa L. 50.15.

BRESCIA. *Spedali Civili.* — Primario anatomo-patologo; proroga 20 apr., ore 16.

BRISIGHELLA (*Ravenna*). — Al 25 apr.; due condotte; L. 8500 oltre L. 2500 e L. 3000 trasp.; c.-v.; chied. annunzio.

CALTANISSETTA. *Amministraz. della Provincia.* — Direttore e assistente Sez. chimica e assistente Sez. micrografica del Laborat. d'igiene e profilassi; rispett. stip. L. 11,600 elevabile in 12 anni a L. 13,700, e L. 7000 elevabile in 10 anni a lire 9500; supplem. serv. att. L. 2800 e L. 1700. Scad. 10 mag.

CARINI (*Palermo*). — L. 7700, senza indennità, tranne le trasferte; 5 quinquenni; addizion. L. 3 ogni povero oltre i 1000; titoli ed esami; scad. 15 apr.

CARMIGNANO (*Firenze*). — Al 15 apr.; per Comeana; L. 8500 oltre L. 3000 (rivedib.) trasp., 8 trienni dec.; tassa L. 50,10; serv. entro 15 gg.

CARPI (*Modena*). — A tutto 15 apr.; 2ª cond. rur. 2 frazioni pianura; ab. 4032; pov. 487; L. 9000 più L. 2500 cavallo o automob., L. 600 ambulat., L. 930 indenn. supplement., c.-v., dieci bienni ventes.; ricostruz. carriera; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15; docum. a 3 mesi dal 24 feb.

CERIGNALE (*Piacenza*). — Consor. con Corte Brugnatella; ab. 2152; L. 11,000 oltre L. 2100 integrative (salvo riduzioni), L. 4200 cavalc., L. 500 uff. san. Scad. 26 apr.

CITTADUCALE (*Rieti*). — Scad. 30 apr.; 2ª cond.; L. 9500 e 4 quadrienni dec. oltre L. 3000 trasp.; c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Uff. sanitari per S. Giovanni in Fiore, consor. Verbicaro e consor. Grimaldi; titoli ed esami; tassa L. 50,20; scad. 28 apr.

FOGGIA. *Amministraz. Provinc.* — Al 30 apr., ore 12, direttore della Sez. Medico-micrograf. nel Laborat. Provinc. d'igiene e profilassi; stip. lire 14,000 e indenn. serv. att. L. 1500; due assistenti, nella Sez. suddetta e nella Sez. chimica; stip. lire 9000 e indenn. serv. att. L. 1350; c.-v. per tutti. Titoli ed esami. Sono anche disponibili 1 posto di applicato registratore, 2 di preparatori e 3 di vigili sanitarî. Rivolgersi alla Segreteria.

FOLLINA (*Treviso*). — Scad. 23 apr., ore 18; L. 8000 pei pov., L. 600 uff. san., c.-v., trasp., alloggio. Rivolgersi Podestà.

FONTANELLE (*Treviso*). — A tutto 22 apr.; ab. 6771; L. 8000 per i poveri (iscritti 772) e 5 quinquenni dec.; trasp. L. 3500 variab.; uff. san. L. 800; c.-v.; età lim. 40 a.; docum. non anter. 1° gen.; tassa L. 50.

FORLÌ. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Cesena; L. 14,800 e 10 bienni ventes. oltre L. 7500 serv. att., non c.-v.; ab. 54,076; ha. 24,585; divieto libero eserc.; scad. 5 mag.; età lim. 45 a.; tassa L. 50 al Tesoriere provinc. Chiedere ann.

GINESTRETO (*Pesaro*). — Scad. 17 apr.; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 200 (*sic*) uff. san., L. 3000 cav., addizion. L. 2 oltre 500 pov., L. 3 oltre 1000, c.-v.; tassa L. 50,15.

IMPERIA. *Amministraz. Provinc.* — Medico batteriologo del Laborat. micrografico; L. 11,600 aumentabili a L. 16,000 oltre L. 2800 serv. att. aumentabili a L. 3500; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

MIRABELLA IMBACCARI (*Catania*). — Scad. 30 apr. L. 9000 e 4 quinquenni decimo. Tassa L. 100.

MONCALIERI (*Torino*). — Scad. 15 apr.; tassa L. 50.

MONTEFANO (*Macerata*). — Scad. 30 apr.; lire 8000 oltre L. 800 uff. san., L. 2500 cavalc., c.-v., 3 quadrienni dec.

MONTORIO AL VOMANO (*Teramo*). — A tutto 27 apr.; ha. 4490 di cui 3/4 in collina; L. 6700 (*sic*) e 4 quadrienni di L. 500, oltre L. 2400 cavalc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15; doc. a 3 mesi dal 28 mar.

NAPOLI. *Municipio* (IX Divisione). — Secondo coadiutore e medico assistente al Laboratorio medico-micrografico e 3 chimici assistenti al Labor. chimico; titoli ed esami; L. 8000 pel 1° posto, L. 6500 per gli altri, c.-v., 10 % proventi, due decimi quinquennali; tassa L. 50,10. Chied. avviso. Scad. ore 17 del 25 apr. Docum. alla Segreteria della Direzione d'Igiene, Palazzo S. Giacomo, Piazza del Municipio.

NUORO. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. med.-microgr.; stip. L. 15,000, indenn. serv. att. L. 3000. Assistente detta; L. 12,000 e L. 2000. Coadiutore Sez. chim.; L. 14,000 e lire 2000. Scad. ore 18 del 30 apr.

NUORO. *R. Prefettura.* — Uff. san. e capo ufficio d'igiene capoluogo; a ore 18 del 20 mag.; titoli ed esami; L. 12,000 oltre L. 2800 serv. att. e c.-v. Domande all'Ufficio Sanit. Provinc.

PADOVA. *Amministraz. Provinc.* — Due assistenti presso il Laborat. provinc. d'igiene e profilassi, uno per la Sez. med.-micrograf., uno per la Sez. chim.; L. 10,000 oltre L. 1500 serv. att. e 10 % proventi di laborat. Scad. 14 apr.

PRESENZANO (*Napoli*). — L. 8000 e 5 quadrienni dec.; scad. 15 apr.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15.

PRATO IN VENOSTA (*Trento*). — Scad. 20 apr.; consor. 3 comuni; L. 8500 e 5 quadrienni dec. oltre L. 1400 indenn. abitaz.; L. 850 uff. san., L. 1275 arm. farm. (finchè esiste); L. 1.50 a Km. indennità di via; tassa L. 50.20.

REGGIO CAL. *Amministr. Provinc.* — Direttore e due assistenti per la Sezione med.-microgr.; detti per la Sez. chim.; stip. L. 13,700 aumentabile a 16,000 e L. 11,600 aumentab. a 13,700, oltre L. 3500 e 2800 serv. att. Rivolgersi Segreteria. Scad. 4 mag..

REVIGLIASCO (*Torino*). — Scad. 15 apr. Rivolgersi Segret. com.

ROBELLA (*Alessandria*). — Consorzio; L. 10,000; scad. 15 apr.

ROCCAMASSIMA (*Roma*). — Scad. 15 apr.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dall'11 feb.; stip. L. 10,500 oltre L. 600 cav., L. 400 uff. san., c.-v., 5 quadrienni dec., L. 100 mens. arm. farm.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Due aiuti radiologi ed un aiuto patologo; scad. ore 16 del 30 apr.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; esami e titoli; L. 7300 e c.-v.; chiedere annunzio.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Tredici tenenti medici in servizio permanente nel Corpo sanitario militare marittimo; scad. 20 apr.; vedi fasc. 8.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Concorso per esami a 34 posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe dell'Amministrazione della sanità pubblica con l'annuo stipendio iniziale di L. 9500 e il supplemento di servizio attivo di L. 2100.

Gli aspiranti dovranno far pervenire al Ministero (Direzione generale della sanità pubblica) non più tardi del giorno 8 maggio 1928 la domanda su carta da bollo da L. 3 con la indicazione del domicilio corredandola dei documenti di rito.

Sono esclusi dal concorso coloro che hanno oltrepassato il 30° anno di età alla data del 28 dicembre 1927 fermi restando il limite di anni 35 per gli ex militari ed il limite di 39 anni per gli invalidi di guerra di cui all'art. 8 della legge 21 agosto 1921, n. 1312. Anche per i decorati al valore il limite massimo di età per l'ammissione al concorso è protratto al compimento del 39° anno di età, a sensi dell'art. 17 del R. Decreto-legge 3 gennaio 1926, n. 48.

Gli esami constano di prove scritte, di prove pratiche e di una prova orale, secondo il programma particolareggiato annesso al decreto contenente il bando di concorso. La tassa di concorso è fissata in L. 50. (Ved. « Gazzetta Ufficiale » N. 57 in data 8 marzo 1928, nella quale oltre l'intero bando di concorso è riportato il programma particolareggiato per le prove di esame).

*
* *

Detto, come sopra, a tre posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe. Stesse condizioni. Il concorso è indetto fra il personale ex combat-

tente nonchè quello che si trovi nelle condizioni di cui all'art. 19 del R. Decreto 8 maggio 1924, n. 843, assunto, dopo l'8 maggio 1924, presso le Amministrazioni dello Stato, in qualità di straordinario, avventizio, diurnista, giornaliero od in altre categorie non di ruolo, comunque denominate, che risulti in possesso dei prescritti requisiti.

Gli aspiranti dovranno far pervenire al Ministero dell'Interno (Direzione generale della sanità pubblica) non più tardi del 6 maggio 1928, domanda su carta da bollo da L. 3, corredata dai documenti di rito. (Ved. « Gazzetta Ufficiale » N. 55 del 6 marzo 1928).

*
* *

Concorso, per esami e titoli congiuntamente, ad un posto di assistente medico nel Laboratorio di micrografia e batteriologia della Direzione generale della sanità pubblica, con l'annuo stipendio iniziale di L. 11,600, e il supplemento di servizio attivo di L. 2800.

Gli aspiranti dovranno far pervenire al Ministero (Direzione generale della sanità pubblica) non più tardi del 13 maggio 1928 la domanda su carta da bollo da L. 3 corredata dei documenti di rito. Età e tassa concorso come sopra. (Ved. « Gazzetta Ufficiale » N. 61 del 13 marzo 1928 bando di concorso al completo col programma per le prove di esame).

S. BARTOLOMEO IN GALDO (*Benevento*). — Ufficiale sanitario; L. 5000; titoli ed esame. Scad. 6 maggio. Rivolgersi R. Prefettura di Benevento.

SANTHIÀ (*Vercelli*). — A tutto il 15 maggio ufficiale sanitario; v. fasc. 12.

SANTU LUSSURGIU (*Cagliari*). — A tutto 30 apr.; L. 9000 oltre L. 1000 uff. san., tassa lire 50.15; ab. 4500; altit. 600 m.

SONA (*Verona*). — L. 8000 e 4 quinquenni 10 %; L. 800 uff. san.; c.-v.; L. 1000-2500-3000 trasp. Scad. 14 apr.

SORESINA (*Cremona*). — Scad. 12 apr.; L. 10,500 e aumenti fino al 50 % in 20 anni; addizion. lire 2000, primo migliaio, L. 2 ciascun iscritto oltre; c.-v.; L. 1500 trasp.; tassa L. 50,15.

TREIA (*Macerata*). — A tutto 30 apr.; condotta B; stip. L. 8800 e 3 quadrienni dec., c.-v., ricostruzione carriera, trasp. L. 800-2500; età lim. 24-40 a.; tassa L. 50.15; ab. 1000 agglom., 2300 sparsi. 550 pov.

VITERBO (*Roma*). *Ospedal Grande degli Infermi.* — A tutto 30 apr.; 3 assistenti; L. 7000 oltre c.-v. di L. 840 se coniugati o vedovi con prole; età lim. 30 a.; doc. a 3 mesi dal 27 mar.; serv. entro 10 gg.; guardie a turno (con camera e vitto).

VOLTERRA (*Pisa*). — Al 30 apr., ore 18; ab. 8161; iscritti 300 c.; L. 9500 per 700 pov.; addizion. L. 3; c.-v. se ammogliato o vedovo con prole inferiore a 18 a.; trasp. L. 1750; quadrienni dec. fino a L. 14,250; età lim. 40 a.; dichiaraz. politica del Podestà; tassa L. 50.15; doc. a 3 mesi dal 30 mar.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano.

Notizie sulla produzione scientifica degli Istituti della R. Università di Milano.

La R. Università di Milano conta non più di tre anni di vita ma la produzione scientifica dei suoi Istituti e delle sue Cliniche è stata pari alla prontezza ed all'attività con le quali a distanza di pochissimi mesi dalla sua fondazione essa è stata in grado di funzionare egregiamente attirando largo stuolo di studiosi e di studenti.

Istituto di Anatomia Normale.

Nell'Istituto di Anatomia Normale il prof. Ferdinando Livini ha compito degli interessanti studii sulla distribuzione del glicogeno negli embrioni, studii che ha pubblicato rispettivamente sotto i titoli di: « Il rapporto quantitativo tra glicogeno epatico e il glicogeno contenuto in altri organi, nella vita extrauterina, nell'uomo »; « Il glicogeno negli annessi embrionali nell'uomo »; « Il glicogeno durante la vita embrionale e fetale nell'uomo ». Altri lavori pubblicati nell'Istituto per cura degli assistenti sono stati: Defrise, « Di una modificazione al metodo di Lescke per la dimostrazione del cloruro di sodio nei tessuti »; « Su di un particolare tipo di cellula del canalicolo renale »; « Ricerche istochimiche sull'eliminazione renale di cloruro di sodio »; Pattarin, « Su di un angioma cavernoso a sede rara »; Comolli, « I nervi del muscolo sartorio; ricerche di anatomia clinica »; Annovazzi, « Ricerche sulla epifisiolisi per ginocchio valgo »; Mozzetti, « Variazioni e anomalie congenite dell'apparato urinario nell'uomo ».

Istituto di Fisiologia.

Nell'Istituto di Fisiologia il direttore prof. Carlo Foà ha eseguito e pubblicato studii su « Come l'automatismo periodico del centro vasomotore bulbare dipenda dal pH del sangue »; « Trapianti e Opoterapia »; « La vivisezione », ed ha pubblicato numerosi scritti su argomenti paramedici e didattici. Altri lavori pubblicati dal personale dell'Istituto sono: Peserico, « L'azione dell'insulina sul ricambio del cuore isolato di mammiferο »; « Variazioni di resistenza elettrica della ghiandola sottomascellare in attività »; « La conduttività elettrica della ghiandola sottomascellare in attività »; « Il glicogene muscolare del cane diabetico nel riposo e nel lavoro »; « Modificazioni della conduttività della ghiandola sottomascellare durante la funzione »; Ghirardi, « Eccitabilità indiretta delle varie porzioni del preparato frenico diaframmatico »; « Eccitabilità diretta e sopravvivenza delle diverse porzioni del diaframma »; « La propagazione dell'eccitamento causato da alcune droghe nei muscoli scheletrici di anfibi »; « Ricerche sull'azione reciproca ed antagonista di alcuni ioni sovra la funzione del cuore, dell'intestino e dell'utero sopravviventi »; Cantoni: « Die Freumung der Alcalien in der Si-

licatanalyse »; « Osservazioni sull'analisi dei silicati »; « Determinazione del potere calorifico delle benzine »; « Titolazione dell'acido arsenioso con permanganato »; « Sull'analisi del solfuro sodico »; « Titolazioni con acido arsenioso ».

Istituto di Patologia generale.

Nell'Istituto di Patologia Generale diretto dal prof. Piero Rondoni sono state eseguite ricerche e studii numerosi attinenti soprattutto al campo della Biochimica. Ecco le principali: Rondoni, « Sull'influenza della somministrazione di glucosio nell'accrescimento del carcinoma sperimentale »; « Irradiazione degli alimenti con raggi ultravioletti e la vitamina antirachitica »; « I rapporti tra immunizzazione contro i propri lipoidi e i processi proliferativi determinati dal catrame ».

Inoltre il prof. Rondoni ha dato alla luce con le doti di sintetizzatore e didatta magnifico che tutti conoscono tutta una serie di pregevoli riviste e monografie su alcuni tra i più interessanti argomenti della fisio-patologia moderna oltre al suo notissimo e pregiato « Trattato di Biochimica ». Altri lavori pubblicati dal personale dell'Istituto sono stati: Borghi, « Influenza della somministrazione parenterale di carboidrati sopra la riparazione delle ferite »; « L'influenza dei carboidrati sui processi rigenerativi »; « Alterazioni precoci locali e generali negli animali catramati con speciale riguardo all'apparato reticolo endoteliale »; « Il ricambio dei carboidrati negli stati carenziali »; « Ricerche sul glicogeno nell'adenocarcinoma del topo »; Carminati, « Osservazioni sull'azione degli ormoni sessuali nei ratti, con speciale riguardo ai fenomeni ciclici nella vagina »; Vozza, « La riserva alcalina del sangue nella gravidanza normale e patologica »; « Il processo di deidrogenazione nella placenta, studiato col metodo al π-dinitrobenzolo »; Ascoli, « Sullo stato dell'acido urico urinario »; Pozzi, « Sull'azione ematogena del nichelio ». Stanno per essere pubblicate altre interessanti ricerche di Serra sugli effetti dell'anastomosi uretero-venosa nel cane ».

RUGGERO ASCOLI.

Da Catania.

Società Italiana di Eugenetica.

Il giorno 20 marzo nei locali dell'Istituto di Medicina legale della R. Università è stato fondato il Gruppo catanese della « Società Italiana di Eugenetica ». È stata affidata la presidenza al prof. Verrotti, titolare della Cattedra di Clinica Dermosifilopatica. Egli in una applaudita conferenza ha illustrato gli scopi di detta Società. Il « problema sessuale » dopo il 1888 è stato oggetto di una disamina analitica in varii Congressi e pubblicazioni. Con esso sono collegate le questioni riguardanti la demografia e l'eugenetica. Prime tra queste l'assistenza alla donna gestante ed al prodotto del concepimento. L'O. ha accennato alle molteplici provvidenze attuate e da attuarsi in proposito, illustrandone l'importanza.

A. T.

Da Padova.

Una relazione del prof. Sabbatani.

Il prof. L. Sabbatani, direttore dell'Istituto di Farmacologia dell'Università di Padova, recentemente ha presentata all'Istituto Veneto una rerelazione sui « Fattori chimici che determinano la fissazione di colloidi ». È uno studio che fa parte d'una serie programmatica di lavori che si stanno eseguendo nella Scuola Padovana di Farmacologia, coi quali si mira a raggiungere lo scopo di trasformare l'iniezione endovenosa dei colloidi in un'azione locale precisa con un massimo di effetto terapeutico ed un minimo di danno per l'organismo. Le prime esperienze furono eseguite usando il cloroformio per applicazione esterna sulla cute ed arrivando in tal modo a determinare in quel punto la fissazione dei colloidi introdotti per iniezione endovenosa. Ora il Sabbatani presenta pezzi anatomici a prova dei risultati da lui ottenuti: sono tratti di cute di diversi soggetti (conigli) dove si ottenne la fissazione di piombo colloidale, di solfuro di mercurio, di rosso Congo e di tripan-bleu. Nei preparati istologici si vede che il colloide si fissa in parte allo stato granulare sulle pareti dei vasi sanguigni, in parte fuori nel tessuto circostante.

L'A. dà pure relazione di ricerche eseguite dal suo aiuto prof. Spagnol il quale trova che oltre il cloroformio altre sostanze possono agire come fissatrici dei colloidi, principalmente sostanze della serie degli anestetici generali: si ottengono però buoni risultati anche con alcuni ipnotici.

Fra i colloidi si fissano solo gli elettronegativi e non gli elettropositivi.

P. L. F.

Da Firenze.

Ciclo di conferenze.

Continuano con pieno successo le conferenze alla « Scuola di Applicazione di Sanità Militare ».

Il giorno 17 u. s. il prof. J. Cappelli, direttore della Clinica Dermosifilopatica, ha parlato su: « La sifilide nella sua evoluzione storica ». L'eminente sifilografo in una chiara e efficace sintesi ha esposto tutta una serie di dati e di notizie interessantissime, dai tempi più lontani in cui l'empirismo e la superstizione erano ritenuti sistemi curativi di questa forma morbosa, fino al momento attuale in cui la scoperta dell'agente eziologico, le reazioni biologiche e umorali, i molteplici rimedi ad azione squisitamente specifica, stanno ad attestare veramente il grande progresso compiuto dalla medicina in questo campo.

Tutto ciò è stato svolto con grande competenza, con suadente parola dall'O., che ha infine prospettato quanto ancora rimane da compiere e quali sono i problemi che più urgentemente occorre risolvere.

* * *

Alla stessa Scuola di Sanità Militare il giorno 24 marzo ha tenuta un'altra conferenza il prof. Roberto Alessandri sul « Cancro dello stomaco ».

L'argomento quanto mai poderoso e vasto è stato efficacemente trattato dall'illustre Clinico di Roma che ha voluto deliberatamente soffermarsi su alcuni dati etiogenetici, anatomo-patologici, semiologici di capitale importanza onde giungere ad una precoce diagnosi della forma morbosa e di conseguenza a un utile e tempestivo intervento chirurgico. Così il nesso tra ulcera callosa e cancro, la frequenza delle localizzazioni del medesimo nelle varie regioni dello stomaco, la sua diffusione metastatica, la sintomatologia rilevabile con una anamnesi molto accurata, sono stati ampiamente lumeggiati dall'O. che ha rilevato, con l'appoggio di numerosi dati statistici, frutto in gran parte della pratica personale, come la localizzazione del carcinoma nella regione pilorica (antro e piloro) non appaia certo la più frequente e quindi come spesso facciano completamente difetto i segni di stenosi pilorica, utili invece, quando esistono, per una diagnosi più precoce. Parlando dell'importanza delle indagini sussidiarie ha ricordato come tra queste la colazione di prova con estrazione frazionata sia quella che meglio si presta ad un'indagine accurata, esprimendo fedelmente la curva della secrezione; e come a volte esista una sconcordanza fra i segni clinici e quelli radiologici, sì che non ci si deve troppo lasciare fuorviare dai responsi di questi ultimi.

Nel trattare degl'interventi operativi ha detto come l'operazione di scelta debba sempre essere la resezione generosa e come grande vantaggio nella chirurgia del cancro dello stomaco, in specie agli effetti del successo post-operatorio, derivi dall'impiego di un'anestesia regionale (cutanea-addominale in primo tempo; successivo bloccaggio dei mesi-gastrici), piuttosto che di quella generale eterea, pericolosa quest'ultima per la facile insorgenza della bronco-polmonite.

Nel concludere si è augurato che dalle sue parole l'uditorio traesse il convincimento che il cancro dello stomaco bene e precocemente diagnosticato è malattia radicalmente operabile e guaribile.

CANALE.

NOTIZIE DIVERSE.

Prima Conferenza internazionale della luce.

Il Comitato organizzatore ha stabilito che questa riunione abbia luogo a Losanna nei giorni 4. 5, 6 settembre e che il 7 essa si trasferisca a Leysin dove sarà festeggiato il 25° anniversario dell'attività scientifica del dott. Rollier.

I lavori scientifici della Conferenza consisteranno in conferenze-relazioni su argomenti che saranno prossimamente comunicati, seguite da una discussione e da brevi comunicazioni riguardanti l'argomento stesso.

Per informazioni rivolgersi al Segretario generale per l'Italia prof. Giulio Ceresole, Ospedale Civile, Venezia.

Convegno di radiologi.

Presso l'Ospedale Civile di Piacenza è stato tenuto il Convegno emiliano-lombardo-ligure-piemontese dei radiologi, presenti oltre un centinaio di radiologi tra le maggiori illustrazioni delle cliniche e delle Università delle quattro Regioni.

Sono stati trattati importanti argomenti di carattere scientifico; hanno rivestito particolare interesse le comunicazioni e le discussioni sui tumori delle ossa e sulla colecistografia.

Ultimati i lavori del Congresso, i convenuti, accompagnati dall'on. Barbiellini, dal Podestà e dal presidente delle opere ospitaliere, hanno visitato i padiglioni dell'Ospedale Civile constatandone gli sviluppi moderni che sono stati vivamente ammirati.

Convegno medico per lo studio della uricemia.

I medici italiani che si interessano al problema della uricemia sono invitati a partecipare al Convegno che avrà luogo a S. Pellegrino i giorni 15 e 16 luglio a. c., in cui saranno lette e discusse relazioni su argomenti di attualità.

Il prof. Pietro Rondoni (dell'Università di Milano) tratterà della « fisiopatologia dell'uricemia ».

Il prof. Alberto Pepere (dell'Università di Milano) tratterà delle « alterazioni micro- e macroscopiche dell'uricemia ».

Il prof. Dante Pacchioni (della R. Università di Genova) illustrerà l'« uricemia dell'infanzia ».

Il prof. Luigi Devoto (dell'Università di Milano) tratterà della « clinica, terapia e profilassi dell'uricemia ».

I medici italiani che desiderano partecipare al Convegno sono invitati a dare la loro adesione alla Presidenza dell'Associazione di Idrologia, Via S. Barnaba 8, Milano.

Non vi sono tasse di iscrizione.

La Società delle Terme di S. Pellegrino offrirà l'ospitalità per i giorni del Convegno ai medici che, interessandosi ai problemi dell'uricemia, abbiano anticipatamente data assicurazione del loro intervento.

Gli inscritti riceveranno le quattro relazioni in tempo opportuno.

Corsi di perfezionamento a Vienna.

Un corso internazionale di perfezionamento, sulla Terapia moderna, avrà luogo presso la Facoltà medica di Vienna dal 18 al 30 giugno; seguiranno esercitazioni di seminario, dal 2 al 7 luglio.

Avranno anche luogo numerosi altri corsi speciali, tra cui uno di neuro-psichiatria dal 1° giugno al 31 luglio; due di pediatria dal 2 al 14 luglio e dal 26 novembre al 7 dicembre; uno per medici pratici, dal 24 settembre al 6 ottobre; ecc.

Chiedere i programmi al Kursbüro der Wiener medizinischen Fakultät, Schlösselgasse 22, Wien VIII.

Per l'Opera Nazionale del Dopolavoro.

Pel tramite della Direzione Generale di Sanità il Ministero dell'Interno ha diretto una circolare a tutti i Prefetti del Regno, affinchè i medici comunali vogliano cooperare, insieme con gli insegnanti, all'incremento o alla fondazione di nuove sezioni dell'Opera Nazionale Dopolavoro. Di tale benemerenza acquistata sarà tangibile riconoscimento il fatto che i sanitari, i quali più si siano distinti, saranno preferiti nella formazione delle graduatorie dei nuovi concorsi cui partecipino, e, quando si tratti di sanitari degli uffici di igiene dei Comuni, capoluoghi di Provincia, nelle promozioni di grado.

L'opera da prestarsi dai medici è principalmente di propaganda igienica e di consulenza assistenziale, e per mostrare anche la sua riconoscenza ai sanitari, l'Opera Nazionale Dopolavoro, con sede centrale in via Lucina, 17, Roma, ha deciso di istituire un diploma di benemerenza con medaglia d'argento. Diplomi e medaglie verranno distribuite ai benemeriti delle Opere assistenziali del Dopolavoro, annualmente, con solenne cerimonia, in un giorno da stabilirsi.

Il prof. Fichera.

Il prof. Gaetano Fichera, titolare di patologia chirurgica a Pavia e direttore dell'Istituto Oncologico Vitt. Em. III di Milano, a mezzo dell'Ambasciata d'Inghilterra e del Ministero dell'Interno ha ricevuto invito dal Gran Consiglio dell'Impero Britannico per la lotta contro il cancro, a intervenire ad una conferenza internazionale indetta per luglio presso la Reale Società di Medicina in Londra.

VINCENZO PATELLA.

La notizia della morte di Vincenzo Patella non è giunta inaspettata perchè, da tempo sofferente era stato costretto ad abbandonare negli ultimi mesi l'insegnamento.

L'opera di Vincenzo Patella va ricordata, sopratutto, per le sue ricerche sulle cellule degli essudati e dei trasudati e per quelle sulla genesi e sul significato anatomico dei grandi mononucleari (monociti) e dei linfociti del sangue circolante. Bisogna riconoscere al Patella sotto questo riguardo una ferrea volontà ed una resistenza al lavoro certo non comuni. Chi scrive ha potuto personalmente vedere l'immenso materiale raccolto nella Clinica di Siena, costituito da un numero grandissimo di preparati e di microfotografie di sangue normale e patologico e di organi ematopoietici.

È noto quale sia stata la dottrina del Patella e note sono le polemiche talora vivacissime che essa ha destato. Riportando al sangue le sue conclusioni dedotte dallo studio delle cellule degli essudati, il Patella, contro le idee dominanti classiche, negò quasi la partecipazione del tessuto linfatico alla formazione dei mononucleati del sangue circolante: secondo il Patella nel sangue normale esistono rarissimi linfociti veri, simili a quelli degli organi linfadenoidei, paragonabili agli elementi circolanti della leucemia linfatica; la maggior parte degli altri pretesi linfociti è l'espressione morfologica di un fenomeno regressivo dell'endotelio vasale, che in seguito all'usura fisiologica si stacca dalla parete e cade nella corrente sanguigna, ricordando, appena caduto, la morfologia dell'endotelio vasale e venendo a costituire i grandi mononucleari. Questi in seguito a un processo di picnosi, diventano falsi linfociti, niente altro dunque che cellule endoteliali picnotiche.

La documentazione derivava secondo il Patella da rilievi morfologici e da risultati di ricerche sperimentali. Egli sosteneva, ed in questo sta la parte che rimarrà della sua dottrina e torna a suo onore, che i grandi mononucleati avevano un carattere di cellule endotelioidi e cioè lamellari a piccolissimo spessore, a protoplasma facilmente accartocciabile e polimorfo in seguito ai traumi anche più semplici. Negava perciò il Patella ai grandi mononucleati il carattere di veri leucociti, paragonabile ai granulociti di origine midollare. Contro quindi l'idea dell'Ehrlich che riteneva i monociti come mielociti fisiologici privi di granuli nel sangue circolante, capaci di trasformarsi attraverso la fase di « forma di passaggio » in leucociti polimorfi; contrariamente a quanto pensava tra gli altri il Banti, che i monociti fossero un elemento a sè, di origine però parenchimale, spetta al Patella per il primo il merito di aver documentato morfologicamente i caratteri endotelioidi di tali elementi, che solo assai più tardi complesse indagini embriologiche, morfologiche e sperimentali dovevano riconoscere veramente e per consenso unanime quali cellule endotelioidi di origine reticolo-endoteliale.

L'errore del Patella fu quindi interpretativo, quello cioè di poter pensare e sostenere per tanto tempo che il sangue circolante, così ricco di fermenti proteolitici, potesse consentire una esistenza di cellule morte e lasciarle come tali lentamente ridursi di numero e diventare picnotiche, mentre invece come si disse nulla vi è da aggiungere ai caratteri morfologici che il Patella scolpì, in seguito a pazienti e lunghe indagini, nei suoi lavori.

Per i linfociti, esclusa s'intende la possibilità che essi siano cellule morte picnotiche, non è detto che il Patella anche qui non abbia intravisto alcune possibilità che ricerche recenti tendono a mettere in valore: che in realtà non tutti i co-

sidetti linfociti del sangue circolante siano tali, ma che alcuni di essi, specie la varietà leucocitoide, appartengano ai prodotti del reticolo endotelio.

Senza ricordare il resto della produzione scientifica di Vincenzo Patella (basterebbero i lavori sulla polmonite a tratteggiare la figura sua di studioso), devesi ricordare la sua attività didattica e ospitaliera che non venne mai meno per lunghi anni e che era legata alle nobilissime tradizioni della Scuola da cui proveniva.

Il Patella non si ritenne, e a ragione, giustamente fortunato nella vita; sopratutto lo rattristò la dimenticanza in cui venne lasciato dalle Facoltà e la convinzione che il lavoro non fosse sufficientemente premiato e che spesso l'ozio e il lungo sonno siano quelli che assicurano la tranquillità e la fama.

A monito ed esempio per tutti rimane della sua memoria una attività degna di ogni encomio e una documentazione ematologica che doveva vent'anni dopo essere universalmente confermata.

ADOLFO FERRATA.

Si è spento, in età di 50 anni, il prof. NASCIMENTO GURGEL, che dal 1911 era titolare della cattedra di clinica pediatrica a Rio de Janeiro. Uomo aperto alle idee nuove e generose, oratore brillante e simpatico, era stato chiamato in molti uffici pubblici, prodigando una benefica attività. Lascia oltre 200 pubblicazioni.

Era appena di ritorno da un viaggio di medici brasiliani nell'Argentina, da lui organizzato, che aveva segnato per lui un vero trionfo.

P.

Del prof. VINCENZO DE GIAXA, spentosi in questi giorni, diremo in un prossimo numero.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Novembre 1927.

MALATTIA	31 Ott. 6 Nov.		7-13		14 20		21-27	
	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi
Morbillo	218	1515	221	1613	208	1283	275	1766
Scarlattina	218	518	252	651	206	512	235	593
Varicella	77	164	91	190	91	228	112	275
Vaiuolo e Vaiuoloide	1	1	1	1	4	4	2	2
Tifo addominale	465	997	461	1111	413	9 1	483	1091
Dissenteria	7	7	9	11	6	9	5	10
Difterite e croup	312	578	308	546	294	555	327	608
Meningite c. s. e.	4	4	5	7	6	6	4	4
Poliomielite a. a.	9	9	8	9	9	9	10	11
Encefalite letargica	3	3	3	3	3	3	3	3
Rabbia morsicati	61	95	43	65	49	68	42	52
Rabbia dichiarata	—	—	—	—	—	—	—	—
Pustola maligna	29	31	29	34	29	31	28	29

Tifo petecchiale, Colera Asiatico, Peste bubbonica: nessuna denunzia.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXV | Roma, 16 Aprile 1928 | Fasc. 15

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DI ROMA
diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI.

L'importanza del fenomeno agglutinazione nel meccanismo della reazione di Bordet-Gengou.

Dott. MARIO SABATUCCI, assistente volontario.

Fu Bordet per il primo che, nel 1901, avendo messo a contatto un antigene col rispettivo anticorpo, e con siero fresco normale, si accorse che da questa unione le proprietà complementari del siero fresco venivano esaurite; e non solo quelle riferentisi all'antigene e all'anticorpo usati, ma anche quelle riferentisi a qualunque altro sistema antigene anticorpo. Questa esperienza, ideata allo scopo di risolvere il problema tutto teorico della unicità del complemento, apriva un vastissimo orizzonte di indagini e di applicazioni pratiche, indicando la possibilità di dimostrare, mediante la inattivazione del complemento, l'esistenza o meno di un complesso antigene relativo anticorpo. Così sorse la reazione di deviazione del complemento, utilizzabile nella pratica sia per definire la natura di un antigene, in presenza di un anticorpo noto, sia, ad antigene noto, per svelare la presenza del rispettivo anticorpo.

Sul meccanismo della reazione di Bordet-Gengou, e specialmente della sua più brillante e felice applicazione, la reazione di Wassermann, sono stati scritti volumi; nè è nostra intenzione di affrontare il problema vastissimo. Scopo della presente nota sono alcune osservazioni, da noi fatte durante una serie di esperienze sulle reazioni di deviazione del complemento.

È noto come oggi quasi nessuno ritiene più che in queste reazioni il complemento si leghi, nel senso chimico della parola, al complesso antigene anticorpo, come riteneva Ehrlich; la maggior parte degli autori sono d'accordo nell'ammettere una inattivazione, una vera distruzione del complemento sopra nuove strutture formatesi per azione dell'anticorpo sull'antigene: strutture la cui formazione va però sempre considerata come specifica in senso immunologico; e forse a questa asserzione non fa eccezione neanche la reazione di Wassermann, che moderne correnti tendono a riportare nel campo immunitario.

Ora se tali strutture sono state molto studiate nel caso della reazione di Wassermann (citiamo fra i molti lo stesso Wassermann (1); Jacobstahl (2); Trenti (3)), meno lo sono state certa-

(1) WASSERMANN. Centr. für bakt. T_1. Orig. Bd H92. 5/6 1924; Klin. Woch., 1922, N. 12.
(2) JACOBSTAHL. Zeit. für Immunit. Bd. VIII, 1911.
(3) TRENTI. Accademia Medica, febbraio 1928.

mente nel caso della reazione di Bordet-Gengou, quando in essa entri in giuoco un antigene microbico.

Poichè l'ipotesi che a base della scomparsa del complemento stia un processo attivo di adsorbimento per opera di precipitati formatisi dal reagire del siero immune coll'antigene, data la natura di emulsione batterica di quest'ultimo, ci sembra poco probabile, abbiamo cercato di osservare direttamente le eventuali modificazioni dell'antigene durante lo svolgersi della reazione.

E passiamo senz'altro a descrivere le esperienze fatte.

ESPERIENZA I.

Antigene usato: emulsione (preparata al momento dell'uso) di bacilli del tifo in soluzione fisiologica (una patina di 24 ore su agar, stemperata in 10 mc. di soluzione fisiologica). Tale antigene viene subito titolato nei riguardi del suo potere anticomplementare: e si sceglie la dose di cmc. 0,1 equivalente alla metà della massima dose non inibente l'emolisi.

Siero immune: abbiamo usato un siero antitifico campione ad altissimo titolo. Di esso abbiamo preparato una diluizione 1:1000. Il suo contenuto in anticorpi è tale, che esso da ancora deviazione totale del complemento, in presenza di 0,1 cmc. di antigene, alla dose di 1 cmc. della sua diluizione 1:1000.

Complemento: siero fresco di cavia, diluito 1:10, e usato alla dose fissa di cmc. 0,5.

Indicatore: emulsione al 5 % di globuli rossi di montone sensibilizzati.

L'esperienza è stata disposta così:

TABELLA I.

Tubi	1	2	3	4	5	6	7
Antigene	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	—	—
Siero Imm. 1:1000	1	0,46(1)	0.22	0,1	—	1	—
Soluz. fisiol.	—	0,54	0,78	0,90	1	0,1	1,1
Compl. 1:10	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

Si pone per un'ora a 37° - Trascorsa l'ora da ciascuno dei primi 4 tubi si toglie una goccia di liquido.

Emazie sensib.	1	1	1	1	1	1	1
Risultato	+++	+++	(+)	—	—	—	—

(1) Nelle titolazioni ci serviamo in genere di serie geometriche come queste:
1; 0,46; 0,22; 0,1 - 1; 0,63; 0,40; 0,25; 0,16; 0,10, ecc. e non di serie aritmetiche (0,1; 0,2; 0,3; 0,4; 0,5; 0,6; 0,7; 0,8; 0,9; 1) nelle quali il grado di approssimazione è ben diverso secondo il punto della scala in cui il titolo cade. (MICHAELIS. *Physico-Chimie*, 1923).

Cioè non abbiamo fatto che una titolazione del siero immune. Ma contemporaneamente le varie gocce prelevate dai tubi venivano osservate all'ultramicroscopio. Ora mentre nel materiale proveniente dai tubi 3) e 4) i batteri appaiono mobili, e liberi, in quello proveniente dai tubi 1) e 2) i batteri sono quasi tutti fermi, e in gran parte si mostrano agglutinati in piccoli ammassi di 3-6 elementi. Cioè l'agglutinazione era presente là dove poi si è avuta reazione positiva completa, mentre mancava dove la reazione fu negativa o dubbia.

Poteva essere che nel siero usato il potere agglutinante e il potere di deviare il complemento coincidessero nel loro titolo massimo; ma poteva anche essere che i due fenomeni (agglutinazione e deviazione del complemento) non fossero del tutto estranei.

Per risolvere il problema, abbiamo pensato di agglutinare dei batteri per una via che non fosse quella immunitaria, e vedere se questi batteri agglutinati si comportassero, rispetto al complemento, in modo diverso da quelli non agglutinati: in altri termini osservare se il potere anticomplementare di un'emulsione batterica aumentasse qualora in essa si provochi, in modo aspecifico, il fenomeno fisico dell'agglutinazione.

Naturalmente abbiamo dovuto scartare quei mezzi che comportano l'aggiunta di sostanze chimiche (formalina, sublimato, acqua ossigenata, alcool); mentre ci è venuta in soccorso l'osservazione di Burnet (1), circa l'esistenza di stipiti di Brucella Melitensis, che, emulsionati in soluzione fisiologica, si agglutinano col riscaldamento a 90°. Infatti, tra molti stipiti saggiati in questo senso, ne abbiamo trovato uno agglutinabile in grossi fiocchi, col riscaldamento a 90° per 20 minuti.

ESPERIENZA II.

Chiameremo per brevità stipite A lo stipite di Br. Melitensis agglutinabile al calore, e stipite B un altro stipite non agglutinabile. Dei due stipiti abbiamo preparato due emulsioni, stemperando in 10 cmc. di soluzione fisiologica patine di 48 ore su agar. Ciascuna delle due emulsioni viene titolata riguardo al potere anticomplementare: e si scelgono dosi la metà più piccole di quelle che cominciano ad inibire l'emolisi (cmc. 0,2 per lo stipite A, e cmc. 0,3 per lo stipite B).

(1) Citato da BEQUET. Ann. Inst. Pasteur. 1927 numero 1.

TABELLA II.

Tubi	1	2	3	4
Emulsione St. A	0,2	0,2	—	—
Emulsione St. B	—	—	0,3	0,3
	Riscaldamento a 90° per 20′	—	Riscaldamento a 90° per 20′	—
Soluz. fisiol.	0,8	0,8	0,7	0,7
Compl. 1:10	0,5	0,5	0,5	0,5
	Un'ora a 37°			
Emazie sensib.	1	1	1	1
Risultato	Assenza d' emolisi	Emolisi	Emolisi	Emolisi

È evidente la diversità di comportamento del complemento di fronte a batteri agglutinati, in paragone di quelli non agglutinati; nè si può dire che il riscaldamento alteri in modo particolare il potere anticomplementare dei batteri indipendentemente dall'agglutinazione, perchè con lo stipite non agglutinabile al calore non è stata osservata diversità di comportamento secondo che fosse riscaldato o no.

Questa esperienza più volte ripetuta (per quanto sempre con lo stesso stipite agglutinabile al calore, non essendo riusciti a trovarne un altro) ci ha dato risultati costanti.

Evidentemente il complemento trova in un'emulsione di batteri agglutinati condizioni più favorevoli alla sua inattivazione che in un'emulsione di batteri non agglutinati, a parità di contenuto batterico; e ciò probabilmente per modificazioni fisico-chimiche, che precedono o accompagnano il fenomeno agglutinazione e che hanno come substrato il corpo del batterio stesso, o l'ambiente che immediatamente lo circonda.

Ci sembra che, nel caso della reazione di Bordet-Gengou applicata ai batteri, il reperto di una agglutinazione nei tubi dove la reazione risulta positiva, e d'altra parte, l'osservazione dell'aumento del potere anticomplementare di un'emulsione batterica dopo l'agglutinazione, possano per lo meno far sospettare un nesso fra i due fenomeni agglutinazione, e deviazione del complemento.

Come nella reazione di Wassermann il siero agirebbe sull'antigene provocando la formazione di precipitati più o meno visibili, sui quali il complemento si perderebbe per adsorbimento, così nella reazione di Bordet-Gengou applicata ai batteri, tra i fenomeni provocati dal reagire del siero sull'antigene, fenomeni responsabili della inattivazione del complemento, crediamo che non ultima si possa considerare l'agglutinazione, sia di per sè, sia più probabilmente come esponente di minute modificazioni circa la natura chimica o chimico-fisica dell'antigene, modificazioni la cui intima conoscenza ci sfugge del tutto.

CONCLUSIONI.

1) Agglutinando con un mezzo aspecifico, quale il calore, dei batteri sospesi in soluzione fisiologica, il potere anticomplementare della emulsione batterica stessa aumenta.

2) Nella reazione di Bordet-Gengou applicata ai batteri si osserva un'agglutinazione microscopica là dove la reazione è positiva; quindi con ogni probabilità è col meccanismo dell'agglutinazione e del conseguente aumento del potere anticomplementare dell'emulsione batterica che si ha la inattivazione del complemento, cioè la reazione positiva.

Marzo 1928.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Perforazione del colon ascendente da calcolo stercoraceo guarita spontaneamente.

Prof. GIUSEPPE GIACOMELLI (Livorno).

Mi ha indotto alla pubblicazione della presente nota il caso di perforazione dell'appendice da calcolo stercoraceo illustrato recentemente da Metraux (*Revue méd.*, marzo 1927). Si trattava di una giovane di anni 23 che da circa due anni soffriva di coliche addominali, delle quali l'ultima violentissima con vomito e febbre. La paziente presentava alla palpazione della regione ileo-cecale un piastrone duro arrotondato assai dolente. All'operazione fu trovata un'appendice perforata e, incuneato nella perforazione, un voluminoso calcolo stercoraceo a forma di pera, con il picciolo costituito da un ago corroso e ossidato.

Il caso è interessante, oltre che per la causa che determinò la perforazione dell'appendice, per la relativa innocuità della perforazione stessa in grazia delle difese peritoneali stabilitesi nel corso di due anni; ma non si tratta di un caso nuovo, e la letteratura di casi consimili ne registra un numero considerevole. Quello di mia osservazione personale invece, per le particolarità che farò rilevare, se non è un caso assolutamente nuovo, è per lo meno uno di quei casi che si presentano assai raramente e merita quindi di essere segnalato.

Un giovane di 29 anni, certo C. F., da Riotorto (Piombino), che da circa tre anni, in seguito ad una infezione tifosa, soffriva di atonia intestinale, un giorno (biennio 1913-1914) fu portato d'urgenza all'Ospedale di Campiglia Marittima, del quale ero allora chirurgo direttore, presentando sintomi gravissimi di peritonite da perforazione insorti improvvisamente il giorno precedente. Le condizioni del malato erano talmente gravi che non ritenni prudente tentare alcun intervento operatorio e mi limitai ad un opportuno trattamento medico. Il paziente andò a poco a poco migliorando tanto che in una ventina di giorni potè lasciare il letto. Rimase però una dolorabilità assai viva alla pressione in corrispondenza della regione ileo-cecale e alquanto al di sopra di detta regione, ove si palpava una intumescenza fissa rotondeggiante della grandezza approssimativa di un mandarino. Non accennando questi fatti a migliorare, decisi di intervenire nella convinzione di trovarmi dinanzi al quadro clinico di un ascesso da peritiflite per probabile perforazione dell'appendice.

Praticata la laparotomia pararettale destra, potei constatare l'esistenza di aderenze estese fra un'ansa del tenue ed il primo tratto del colon ascendente: l'esistenza di un ascesso retrocecale con presenza nella cavità ascessuale di un calcolo stercoraceo di forma allungata, con estremi assai acuminati, calcolo che ricordava assai da vicino il nocciolo di un dattero un po' incurvato.

L'appendice era assai lunga, contorta, congestionata, e immersa in un ammasso di essudati assai resistenti.

Rimossi il calcolo, detersi la cavità ascessuale e praticai l'appendicectomia: chiusura parziale del ventre, lasciando uno zaffo di garza nella cavità ascessuale suddetta.

L'ammalato guarì perfettamente.

I particolari della storia clinica e di quanto constatai alla biopsia operatoria non lasciano alcun dubbio, credo, che il calcolo stercoraceo ritrovato nella cavità ascessuale doveva essere passato dal lume intestinale nel cavo peritoneale attraverso una perforazione della parete del colon ascendente, nel punto corrispondente alle aderenze ileo-coliche e determinatasi improvvisamente il giorno precedente a quello dell'ingresso del malato in Ospedale.

Questo caso clinico è interessante:

1) Perchè il calcolo stercoraceo per i suoi caratteri morfologici speciali si era comportato come si comportano i corpi acuminati, determinando cioè una perforazione *rapida* della parete intestinale prima che si fossero stabilite le solite barriere di essudati e di aderenze. Ammesso questo possiamo renderci ragione del quadro sintomatologico grave veramente imponente, insorto improvvisamente il giorno precedente a quello dell'ingresso del malato in Ospedale.

2) Per il meccanesimo naturale di occlusione della perforazione che scongiurò il pericolo di una peritonite settica diffusa rapidamente mortale.

L'ansa del tenue che all'operazione fu trovata aderente al colon ascendente, accollatasi immediatamente al tratto del colon perforato e saldatavisi successivamente, aveva soppresso miracolosamente la comunicazione fra il lume intestinale e il cavo peritoneale stabilitasi a causa della perforazione.

NOTE E CONTRIBUTI

La sieroterapia antidifterica (*)

Dott. ALESSANDRO D'AROMA (Roma).

Tutti sanno, medici e profani, che il solo rimedio mirabilmente efficace nella difterite è il siero specifico. È noto quell'assioma di Concetti che parve ardito: « salvo casi ipertossici o casi che si sviluppano in soggetti con tare di speciali debolezze, per difterite non si deve più morire, purchè il medico la curi in tempo ». Scrive Valagussa: « fra le cure sieroterapiche per le varie malattie infettive è quella antidifterica la sola specificamente efficace, altri sieri agiscono per altre infezioni ma l'azione di essi come sieri antibactericì è debole e la loro efficacia sta nella paraspecificità delle albumine di ogni siero animale » (1). Ebbene, mentre nelle malattie infettive acute degli adulti non si esita a ricorrere alle cure sieroterapiche unitamente a tutti gli altri sussidi terapeutici del caso, quando trattasi di bambini, il timore dell'anafilassi e di tutte le altre probabili reazioni sierologiche, rende pavidi e titubanti nell'uso del siero non pochi colleghi ove non iscorgano le classiche pseudomembrane o non assistano a minacciosa sindrome croupale o non abbiano avuto dal laboratorio il responso probativo della esistenza del bacillo di Löffler.

Nè può di certo imputarsi a ignoranza poichè talvolta i riluttanti, incredibile ma vero, sono colleghi valorosi e colti che amanti di indugiare in discussioni e in dissertazioni scientifiche perdono e fanno perdere il tempo sempre preziosissimo compromettendo la salute e la vita del paziente.

Nessuno di noi ignora che dal laboratorio, escludendo negligenze ed incompetenze purtroppo non rare, ci pervengono responsi che sono in completo contrasto con la sindrome clinica che deve sopratutto guidarci e illuminarci. E la sola sindrome clinica deve illuminare e guidare la maggior parte

(*) *Consultazioni di clinica, dietetica e terapia infantile*. Casa Editr. Pozzi, Roma.

dei nostri colleghi i quali, o perchè privi di adatti mezzi di ricerca, o perchè lontani dai centri provvisti di gabinetti scientifici, sono nella impossibilità assoluta di ricorrere al laboratorio di fronte a casi nei quali il responso dovrebbe essere prontissimo, quasi immediato.

Se le pseudomembrane rappresentano nella sintomatologia della difterite un reperto obbiettivo assai importante e frequente, non deve dimenticarsi che possono mancare in casi di tossi-infezioni virulentissime con note obbiettive apparentemente banali quali manifestazioni eritematose o eritemato-poltacee delle fauci da potersi annoverare fra le tonsilliti, rino-faringo-tonsilliti o angine delle più benigne. In questi casi un prezioso segno d'allarme che può illuminare è il pronto e cospicuo risentimento glandolare sott'angolo mandibolare. Ancor oggi, di fronte a sindromi apparentemente benigne e ingannatrici, dovremo fare affidamento nei soliti rimedi topici più danosi che utili, ricorrendo tardivamente al siero quando la tossi-infezione sia divenuta invadente e minacciosa? sarebbe imperdonabile errore. Se vogliamo porci al riparo da sorprese gravi e irrimediabili dobbiamo usare il siero antidifterico ad alte dosi 5 mila o più U. I. qualunque sia l'età del paziente senza esitazione, senza timore di anafilassi o di qualsiasi reazione da siero con la certezza di non nuocere, con la sicurezza assoluta di giovare all'infermo, con la più serena tranquillità, direi quasi con la gioia di possedere e di poter usare un prezioso mezzo di salvezza. Useremo sempre e prontamente il siero anche in casi lontanamente sospetti senza attendere la comparsa di più sicuri segni diagnostici. « Meglio una iniezione inutile, scrive Comby, che una iniezione tardiva »; ma inutile non può nè deve dirsi mai poichè anche ove trattisi di pseudodifteriti, di infezioni da altri germi (stafilococchi, streptococchi, pneumococchi, ecc.) che furono dette false difteriti, streptodifteriti, pneumococcie a sindrome setticemica, infezioni ad andamento assai più grave della vera difterite, già da tempo descritte e sapientemente illustrate da Concetii, anche in queste infezioni se il siero antidifterico non rappresenta la cura specifica riesce parimenti efficace e trova la sua indicazione come valido sussidio di proteinoterapia aspecifica. Dopo praticata la sieroterapia pronta e intensiva unitamente ai preparati adrenalinici, faremo ricorso al laboratorio quando sia possibile il farlo e quando la gravità e le complicanze del caso rendano utile a scopo curativo e scientifico la indentificazione di altri germi sia isolati che in simbiosi col bacillo di Löffler e consiglino, oltre alla sieroterapia antidifterica, l'uso contemporaneo di altri sieri specifici senza trascurare, bene inteso, tutte le altre preziose risorse della moderna terapia.

Nessun serio accidente anafilattico da paventare. « Le reazioni da siero, scrive Comby, sono rare, effimere, senza gravità ». Chi le teme non deve rinunziare alla sieroterapia; sappia che non pochi espertissimi iniettano dosi iniziali di cento e più grammi di siero in tutti i casi. Ma ad evitare o a rendere ancor più miti le manifestazioni sieriche si può far ricorso a pratiche consigliate e ben note come l'uso del cloruro di calcio, l'iniezione di una piccola dose di siero prima della sieroterapia massiva, l'impiego di siero dealbuminato, ecc. Per mio conto confesso di non aver fatto mai ricorso a queste pratiche profilattiche per evitare accidenti da siero che vidi raramente o ebbi a notarli del tutto fugaci e trascurabili.

Non dobbiamo mai rinunziare ai risultati sicuri della scienza e della esperienza nè ci lasceremo allarmare e scoraggiare dai casi di morte attribuiti al siero antidifterico, casi riferiti anche in questi giorni con lusso di particolari impressionanti dai quotidiani politici. Prendiamone pur nota, ma con beneficio d'inventario. Noi ci assicureremo della provenienza del siero, e l'Italia può vantare Istituti che dànno sicuro affidamento, praticheremo le iniezioni sempre con la più rigorosa asepsi e in tal modo ci porremo al riparo da qualche dolorosa conseguenza non addebitabile al siero.

Chi non conosce la campagna sostenuta da pochi irriducibili antivaccinatoristi che, in buona e forse anche in mala fede... scientifica, per sostenere e avvalorare la loro tesi, attribuivano alla vaccinazione jenneriana manifestazioni morbose serie e letali e fra le moltissime la eresipela, la polmonite, la meningite, l'encefalo-mielite, malattie puramente occasionali e non determinate dal vaccino? Gli allarmi e le requisitorie degli antivaccinatoristi, trascinati da deplorevoli pregiudizi, non valsero fortunatamente ad accrescere il numero dei seguaci della mala causa. Se tutti li avessero ascoltati la scienza sarebbe tornata in dietro di oltre un secolo e si sarebbe commesso un delitto di lesa umanità.

So di scrivere cose notissime; ma ritengo non vano ripeterle poichè scrivo sotto la impressione penosa di aver visto non infrequentemente perire bambini perchè tardivamente o insufficientemente curati col siero o, quel ch'è peggio, perchè non curati affatto col siero per timore dell'anafilassi o pel responso negativo del laboratorio.

Il medico pavido ed esitante nell'uso del siero rinunzia ad una possente arma di difesa rendendosi alleato del male e nemico del paziente, mentre ben altro è il suo còmpito, il suo dovere.

LEZIONI.

L'ascesso cerebrale.

(ATKINSON. *Lancet*, 10 marzo 1928).

Gli ascessi del cervello possono essere dovuti ad infezioni attraverso fratture esposte del cranio o a germi provenienti da focolai infettivi dei pulmoni e delle cavità pleuriche, ma nella grande maggioranza dei casi sono prodotti da infezioni localizzate nel seno frontale e sopratutto nell'orecchio medio.

Il meccanismo di diffusione del processo infettivo dall'orecchio al cervello non è ancora ben determinato. A chiarirlo alquanto è necessario ricordare alcuni punti di anatomia e fisiologia del cervello.

La circolazione cerebrale che ha la sua origine nel circolo di Willis si compie attraverso due tipi di vasi: 1) rami centrali che attraversano direttamente la base e si distribuiscono ai nuclei centrali ed alla maggior parte della sostanza bianca; 2) rami corticali che attraversano la superficiale e si dividono in due tipi di rami terminali: *a*) gran numero di rami brevi che si distribuiscono solo alla sostanza grigia della corteccia; *b*) piccolo numero di rami lunghi che si distribuiscono alla sottostante massa bianca. Poichè non v'è alcuna anastomosi tra i rami centrali e quelli corticali, ne risulta che nella massa bianca tanto del cervello quanto del cervelletto v'è uno strato avascolarizzato, ed è appunto in questa zona non irrorata di sangue che si originano gli ascessi.

I vasi corticali, prima di penetrare nella massa encefalica, si trovano nei così detti spazi perivascolari della pia-aracnoide, nei quali si trova liquido cefalo-rachidiano. Questo in condizioni normali circola dalla corteccia alla periferia, e viene assorbito dai villi subaracnoidei e dai corpi del Pacchioni, ma in condizioni patologiche; quando aumenta la pressione del liquido negli spazi subaracnoidei, il flusso si può invertire. Conseguentemente l'infezione può essere portata dagli spazi subaracnoidei nella sostanza cerebrale.

Questi due fatti, presenza di una zona avascolarizzata ed invertimento del flusso del liquido cefalo-rachidiano, spiegano la produzione degli ascessi cerebrali.

L'osteite si diffonde alla dura, la pachimeningite provoca una leptomeningite sottostante. Da questa area di meningite localizzata l'infezione passa nella sostanza cerebrale attraverso tre vie: la perivascolare, la venosa, l'arteriosa.

La via perivascolare è la più comune: è stata riscontrata nell'82 % dei casi. Il processo di diffusione è più facile a dimostrare nel cervelletto. Gli spazi perivascolari della pia sono distesi dall'infiltrazione di cellule infiammatorie, specie mononucleari, e sono aderenti alla corteccia e in parte incorporati a mezzo di tessuto granulante. L'infiltrazione segue i vasi seguendo una via inversa a quella della corrente del liquido cefalo-rachidiano a causa dell'aumento locale della pressione. L'infezione raggiunge così lo strato avascolare della sostanza bianca dove si localizza e si sviluppa a causa della povertà dell'irrorazione sanguigna.

L'infezione a mezzo della via venosa fu riscontrata solo nel 12 % dei casi. Avviene di solito in seguito a trombosi settica del seno laterale. Si verifica una tromboflebite settica. Anche qui c'è una perivasculite, ma di grado minore a quello del caso precedente. In queste forme l'infiammazione della corteccia è meno marcata. L'ascesso si produce sempre nella sostanza bianca non vascolarizzata. È caratteristica la presenza di chiazze emorragiche nella zona circostante all'ascesso, causate dalla rottura di capillari iperdistesi. La corteccia può rimanere intatta e l'ascesso si estende in profondità, ma se il processo si diffonde seguendo il corso della trombosi si possono avere distruzioni corticali più o meno estese, l'ascesso affiora alla superficie provocando una meningite generalizzata.

La via arteriosa è la più rara. Per diffusione dell'infezione ossea alla parete arteriosa si ha arterite e trombosi. Se il lume dell'arteria è completamente chiuso si ha infarto profondo del cervello che è segnato da un accesso apoplettiforme o epilettiforme. Successivamente l'infezione si diffonde all'infarto e si ha l'ascesso.

La così detta capsula dell'ascesso nelle forme acute non è rappresentata da altro che dal limite tra il focolaio purulento e la sostanza cerebrale. Nelle forme croniche lo strato medio della parete della cavità è costituito da un tessuto fibroso più o meno spesso a secondo della cronicità; lo strato interno è costituito dal caratteristico tessuto di granulazione cerebrale (cellule endoteliali, leucociti, cellule di neuroglia, fibroblasti e molti capillari), lo strato esterno invece è costituito da un processo encefalitico più o meno intenso e diffuso. Nelle forme subacute lo strato medio è meno definito, mentre il processo encefalitico esterno è più marcato e più esteso. Nelle forme acute, come si è detto, manca una vera capsula e la cavità ascessuale è limitata poco nettamente dal tessuto cerebrale infiammato.

Nel cervello l'ascesso si estende nella sostanza bianca in tutti i sensi, ma più specialmente seguendo il corso dei vasi e verso la parete del

ventricolo laterale che tende a perforare. Quanto più acuto è il processo tanto più facile è questa perforazione, mentre nelle forme croniche il plesso coroideo assume aderenze con la parte invasa della parete del ventricolo e ne impedisce la perforazione. Nei casi non curati la corteccia è invasa a poco a poco fino ad essere ridotta ad uno strato sottile, che può essere anche perforata con la formazione di una fistula per modo che l'ascesso si scarica liberamente alla superficie negli spazi meningei.

Nel cervelletto la massa centrale della sostanza bianca di solito non è distrutta in gran quantità, e per lo più l'ascesso non si avvicina ai nuclei centrali ed in ispecie al dentato, per modo che mancano sintomi di lesione a focolaio a meno che i nuclei stessi non siano compresi nella circostante encefalite. L'ascesso per lo più ha forma ovoide con pareti liscie e regolari.

Il microrganismo che più frequentemente s'incontra negli ascessi cerebrali è il bacillus coli communis da solo o in unione di altri batteri anaerobi.

Gli ascessi del lobo temporale sono di origine otogenica, s'iniziano nella circonvoluzione temporale inferiore, guadagnano successivamente la media e la superiore, e possono diventare tanto grandi da raggiungere i lobi parietale ed occipitale, che di solito sono colpiti primitivamente o per metastasi o per via diretta da ferite craniche. Gli ascessi del lobo frontale sono secondari a sinusiti accessorie nasali, del frontale o dell'etmoide, e provocano un'alta mortalità, perchè a causa della piccolezza del lobo è più facile la perforazione del ventricolo ed è più difficile il drenaggio. Gli ascessi del lobo frontale sono talvolta metastatici di origine bronchiectasica.

Gli ascessi cerebellari sono secondari ad infezioni auricolari e possono essere labirintogeni o non. Nel primo caso l'infezione guadagna il cervelletto attraverso le ossa necrosate o meno spesso attraverso vie preformate: canale uditivo interno, l'acquedotto della coclea,, il dotto endolinfatico e l'hiatus subarcuatus. L'infezione può avere come tappa intermedia la dura madre: la labirintite suppurativa, l'ascesso extradurale e l'ascesso cerebellare costituiscono una triade comune. Se il labirinto non è leso l'infezione per la parete antrale posteriore o più direttamente per il triangolo di Trautmann raggiunge la dura della fossa posteriore o il seno laterale e quindi il cervelletto con o senza la formazione di ascessi extradurali.

La diagnosi precoce dell'ascesso cerebrale ha grande importanza nei riguardi del trattamento. Purtroppo i sintomi generali non costituiscono i segni di un processo iniziale, ma manifestazioni tardive dell'affezione già in via di sviluppo.

La cefalea grave continua, il vomito a tipo cerebrale, l'edema papillare, l'ipotermia e la bradicardia non sono segni specifici di un ascesso, ma di aumento della tensione endocranica, e quindi se dipendenti dall'ascesso si manifestano solo quando questo ha raggiunto proporzioni considerevoli oppure quando coesiste una notevole area di encefalite. L'ipertensione endocranica ha un significato prognostico sfavorevole non solo perchè è l'indice dello stadio marcato del processo, ma perchè essa stessa determina una diminuzione della resistenza alla infezione da parte della sostanza cerebrale.

Anche i sintomi a focolaio, la paresi controlaterale e l'afasia negli ascessi del lobo temporale, il nistagmo ed i disturbi del tono muscolare o della coordinazione in quelli del cervelletto, costituiscono anche elementi prognostici sfavorevoli perchè depongono per la grossezza dell'ascesso o per la encefalite periascessuale.

I casi che offrono maggiori probabilità di guarigione sono quelli di recente sviluppo ed ancora piccoli o quelli provocati da microrganismi di bassa virulenza per modo che il tessuto di reazione è buono, l'ascesso ben definito e l'encefalite minima. Purtroppo proprio in questi casi la diagnosi è molto difficile: sono questi gli ascessi silenti la cui presenza può essere sospettata solo da un insieme di scarse e non cospicue manifestazioni.

Il quadro clinico dell'ascesso cerebrale è comunemente diviso in quattro stadi: fase iniziale, fase latente, fase manifesta di ipertensione endocranica e di sintomi locali, fase terminale.

Dal punto di vista pratico hanno maggiore importanza le due prime fasi.

La fase iniziale dura pochi giorni ed è caratterizzata da un senso di malessere con o senza brivido, cefalea, lieve ipertermia, cefalea e vomito. Questi sintomi sono l'espressione della diffusione del processo infiammatorio dal focolaio infettivo cranico alla pia madre provocando una encefalite corticale circoscritta, e possono far sospettare l'inizio dell'ascesso soltanto quando esistono manifesti focolai d'infezione adiacenti, specie un'otite media suppurativa. In qualche caso, specie nei bambini, negli ascessi di origine vascolare, si può avere come primo sintomo un accesso convulsivo in pieno benessere. L'accesso può essere dato sia da un ascesso extradurale come da uno intracerebrale. Le lesioni del lobo temporale dànno convulsioni generali seguite spesso da paresi controlaterali. In quelle del lobo frontale la convulsione può essere gene-

rale o una semplice deviazione coniugata del capo degli occhi, mentre in quelle del lobo parietale si ha epilessia a tipo jacksoniano. Nelle lesioni cerebellari gli accessi non sono caratteristici e costituiscono un fenomeno tardivo.

La fase latente segue immediatamente a quella iniziale e può durare qualche giorno o qualche settimana. Il paziente ha avuto un breve, improvviso periodo di malattia, la fase iniziale, della quale non è completamente guarito, ed ha intanto un focolaio infettivo nel cranio o nell'orecchio. L'insieme di questi tre eventi — focolaio infettivo, malessere acuto e breve, guarigione incompleta — deve far sospettare la diffusione intracranica del processo infettivo.

Le alterazioni mentali sono le più costanti e forse le più importanti di questo periodo: il ragazzo diventa apatico e distratto, non giuoca più, l'adulto diventa disattento, smemorato, torpido e subisce modificazioni spesso profonde del carattere.

L'aspetto generale è spesso molto caratteristico: l'individuo appare sofferente e strano, con lo sguardo smorto. La lingua è patinosa, l'appetito scarso.

La cefalea è costante, ma non è continua, spesso localizzata ma non in corrispondenza della sede dell'ascesso. La percussione sul punto nel quale si sospetta la lesione produce o aumenta il dolore.

La temperatura ha notevoli oscillazioni. Spesso le ipertermie sono di breve durata, da ciò la necessità di prendere la temperatura frequentemente nei casi sospetti, ma prevale l'ipotermia.

Di solito la frequenza del polso segue le oscillazioni della temperatura, ma qualche volta la bradicardia è sproporzionata al grado della temperatura sia pure subnormale.

La puntura lombare dovrebbe essere praticata subito in ogni caso sospetto. Si ha aumento della pressione, del contenuto cellulare e diminuzione dei cloruri.

L'ascesso cerebrale oltre i suaccennati sintomi generali che sono dati dall'ipertensione endocranica e dal processo infettivo può produrre sintomi a focolaio che possono aiutare nella diagnosi di sede. Così un processo suppurativo auricolare ed una cefalea frontale o occipitale deve far pensare ad una lesione cerebellare, che può provocare anche dolore e rigidità nucale. L'associazione di sintomi generali di ascesso, di labirintite o di trombosi del seno laterale deve far pensare ad una localizzazione nella fossa posteriore. Gli ascessi della fossa media, specie a destra, sogliono decorrere con meno sintomi.

L'esplorazione per la ricerca dell'ascesso e la sua evacuazione deve esser fatta ogni qual volta ci sono segni ben definiti di localizzazione, quando ci sono segni di suppurazione endocranica associata a evidenti focolai d'infezione primitiva, quando i sintomi endocranici persistono o recidivano malgrado il drenaggio del focolaio primitivo.

È preferibile aggredire l'ascesso cerebrale per la via del focolaio primitivo: l'ascesso frontale per la via del seno frontale, l'ascesso temporale e quello cerebellare per la via della mastoide.

L'uso degli antisettici deve essere evitato dopo l'apertura della dura: la sostanza cerebrale è poco resistente ai traumi ed agli agenti chimici e infettivi.

Per l'esplorazione deve essere evitato l'uso di strumenti taglienti per non incorrere nel pericolo di ferire i vasi.

Nel cervello l'esplorazione deve essere fatta sempre verso il ventricolo, e nel senso posteriore in basso o in alto nel cervelletto.

Quando l'ascesso è bene individuato si allarga l'incisione durale con un taglio a croce e s'introducono due tubi di drenaggio di gomma di diverso calibro. L'introduzione di garza, specie se impregnata di antisettici, è dannosa.

Si fascia immobilizzando i tubi di drenaggio e si colloca il paziente in modo che le aperture dei tubi siano poste in basso. La cavità ascessuale è lavata delicatamente attraverso uno dei due tubi con soluzione fisiologica. Il drenaggio è mantenuto fino a quando la cavità ascessuale non si ricolma.

DR.

SUNTI E RASSEGNE.

VASI SANGUIGNI.

Sulla periarterite nodosa.

(F. BATTAGLIA. *Archivio Scienze Mediche*, n. 8, agosto 1927).

La periarterite nodosa è conosciuta dal 1866; da quell'epoca fin'ora si notano solo 110 casi riferiti in letteratura.

Il Battaglia porta il contributo di due casi, con controlli istologici all'autopsia.

La diagnosi clinica della periarterite nodosa non è punto facile; i tre sintomi principali di tale affezione, secondo Meyer, sono: *a*) marasma clorotico; *b*) polineurite e polimiosite; *c*) sintomatologia addominale, consistente in dolore alla pressione, diarrea, vomito, melena, peritonite da perforazione; a questi sintomi il Brinkmann ha aggiunto una sintomatologia renale, che può arrivare fino all'uremia.

Malgrado tale sintomatologia, la diagnosi in vita di periarterite nodosa non è sempre facile, sia perchè l'affezione è limitata a pochi vasi, sia perchè spesso non è neppure sospettata.

L'evoluzione delle alterazioni vasali s'inizia con un'infiammazione a tipo essudativo, talora insieme a minute necrosi. Segue un tessuto di granulazione, che invade tutte le tuniche vasali ed i tessuti periavventiziali; la distruzione delle fibre elastiche e delle fibrocellule muscolari facilita la formazione dei caratteristici aneurismi, oppure porta all'occlusione del vaso.

Tale evoluzione del processo si può dividere, con Christeller, in: 1) necrosi della media ed infiltrazione; 2) proliferazione del tessuto intimale; 3) tessuto di granulazione ed inizio dell'organizzazione della trombosi; 4) cicatrice con talora occlusione del vaso.

Non v'è l'accordo tra gli AA. sulla parete vasale che per prima viene colpita; secondo l'A. l'infezione sembrerebbe iniziarsi dagli strati più periferici dei vasi, ove si nota del tessuto di granulazione più progredito di quello degli strati più profondi.

Le cause etiologiche della periarterite nodosa sono ancora incerte: s'è invocata la lue; ma l'assenza di precedenti specifici ed i reperti anatomo-patologici escludono tale causa.

Con tutta probabilità la periarterite nodosa dipende da una infezione tossinfettiva aspecifica, e Gruber crede che sia uno stato infiammatorio allergico, sopravvenuto durante una infezione tossica o settica.

In rapporto all'esito, è difficile che la periarterite possa guarire; talora una apparente guarigione clinica non depone per una guarigione istologica.

In tali casi la perduta elasticità e contrattilità vasale, oltre l'occlusione del vaso, inducono delle alterazioni generali a carico del cuore o di altri organi, e lesioni dirette degli organi irrorati, esponendo l'infermo a facili emorragie, talora mortali, dei vasi alterati. CARUSI.

Sulla frequenza, distribuzione e genesi dell'aterosclerosi nel tronco dell'arteria polmonare.

(A. COSTA. *La Clinica Medica Italiana*, 1927, n. 325).

L'aterosclerosi del tronco dell'arteria polmonare è stata oggetto finora di poche ricerche istologiche sistematiche, eseguite su scarso materiale, alcune condotte in un'epoca in cui non era ben noto il processo istologico dell'aterosclerosi: per questo e per le critiche che possono esser mosse agli studi precedenti, l'Autore ha condotto una serie di ricerche sistematiche su 210 casi, in ciascuno dei quali furono eseguiti preparati microscopici accuratamnte prelevati in varie zone e direzioni in modo da avere una visione generale microscopica di tutta l'arteria. Di questi 210 casi riuniti senza scelta dai 20 ai 90 anni, l'Autore riporta il reperto istologico con i dati micrometrici dell'intima, (alla quale dà un valore limite fra norma e aterosclerosi di mm. 0,030), le notizie anatomiche che possono importare per l'etiologia dell'arteriosclerosi, senza trascurare la principale affezione del caso. Solo l'8 % di tutte le arterie e il 12 % di quelle istologicamente lese presenta lesioni macroscopiche: queste di solito consistono in chiazzette aterosclerotiche più frequenti vicino alla biforcazione del bronco raramente diffuse ai rami di biforcazione: più di rado si ha invece un ispessimento diffuso del tronco, ispessimento che quasi mai si continua nelle divisioni dell'arteria. I casi con lesioni macroscopiche presentano reperti cronici cardio-polmonari, eccettuato un caso appartenente alla pura arteriosclerosi senile.

L'Autore ricerca il rapporto dell'aterosclerosi all'età e al sesso e, in seguito ad esame istologico sistematico afferma che esiste una aterosclerosi dell'arteria polmonare in individui che non presentano lesioni causali cardio-polmonari, aterosclerosi che è solo in relazione con la senilità. Dal 60° anno in su tale affezione è quasi costante nella donna e costante nell'uomo. Fino al 60° anno manca nella donna un'arteriosclerosi del piccolo circolo senza lesioni cardio-polmonari che la giustifichino. Questa inizia invece precocemente nell'uomo, (verso i 30 anni) in modo abbastanza notevole (40-45 %) e non aumenta sensibilmente fino ai 60 anni. Nell'aterosclerosi puramente senile non si è trovata che raramente traccia

macroscopica dell'affezione, in forma di chiazzette piccole, di solito senza netto contorno, distinguibili solo per il colore pallido in confronto a quello della rimanente parete arteriosa. Le alterazioni istologiche sono prevalentemente iperplastiche intimali: i fenomeni regressivi (degenerazione grassa) sono frequenti, ma relativamente lievi. Dai 30 ai 49 anni l'ispessimento intimale non sorpassa i mm. 0,060: dai 50 ai 69 anni, non sorpassa 0,070 mm.: dai 70 oscilla intorno a 0,090 mm.

L'autore passa allo studio dell'aterosclerosi in rapporto a malattie croniche cardio-polmonari, e subito nota la maggiore frequenza di aterosclerosi nell'età giovanile (20, 40 anni) nella donna, in rapporto alla maggiore frequenza nella donna di queste affezioni: secondo le ipotesi dell'A. o per essere l'arteria polmonare femminile più sensibile che quella maschile ai turbamenti funzionali delle suddette affezioni, o perchè le morti per tali affezioni sono più frequenti nella donna (stenosi mitralica). L'A. propende piuttosto per la I ipotesi, dato che in generale le malattie croniche pleuropolmonari non hanno preferenze sessuali.

Esaminando singolarmente le affezioni croniche cardiache e pleuro-polmonari si ha che: la stenosi mitralica dà spesso intensa lesione arteriosa riferibile indiscutibilmente alla sua diretta azione e appartenenti alla arteriosclerosi: l'azione della stenosi è tanto più costante quanto più il vizio valvolare è intenso. La miocardite cronica si accompagna costantemente a ispessimenti intimali. Tra sinfisi pericardica e aterosclerosi dell'arteria polmonare non è dimostrabile un sicuro rapporto di causa. Le sinechie pleuriche sono causa di un installarsi precoce dell'aterosclerosi sull'arteria polmonare: la loro azione è limitata a una parte dei casi, ma è indiscutibile ed è più chiara quando la sinechia è bilaterale. L'enfisema in genere non altera molto il quadro dell'aterosclerosi senile. La bronchite cronica e le bronchiectasie non presentano nesso causale dimostrato con l'affezione arteriosa. La tubercolosi polmonare cronica non dà in genere aterosclerosi notevole dell'arteria polmonare. Istologicamente l'aterosclerosi da cause cardiache ha di caratteristico una iperplasia intimale notevole, con assoluta prevalenza del connettivo, mentre gli elementi elastici sono sottilissimi e scarsi, e modici i fatti regressivi. Nelle tipiche pericarditi croniche adesive e nelle stenosi mitraliche tipiche la scarsità degli elementi elastici nella iperplasia fibrosa è caratteristica. D'altra parte, mentre la iperplasia intimale della pericardite cronica non si allontana molto dagli ispessimenti che si hanno anche nella pura aterosclerosi senile (0,060-0,100 mm.), invece l'iperplasia intimale della stenosi mitralica può raggiungere i 0,200 mm., cioè un'altezza superata soltanto dagli eccezionali casi della cosidetta « arteriosclerosi diffusa primitiva del piccolo circolo ». Invece l'aterosclerosi dei pleuropolmonari cronici non ha niente di caratteristico istologicamente, anche in quei casi ove è molto verosimile attribuire alle affezioni respiratorie croniche la causa delle lesioni arteriose. L'A. non dà giudizio su l'arteriosclerosi da cifoscoliosi accentuata, per i casi troppo scarsi presentatisi.

Nell'arteriosclerosi primitiva diffusa del piccolo circolo, che colpisce di solito l'età giovanile (20-40) e specialmente il sesso femminile, l'A. basandosi sui reperti istologici illustrati dai vari autori, poichè nessun caso personale sicuro e indiscutibile è venuto alla sua osservazione, trova aterosclerosi dell'arteria polmonare dello stesso tipo di quello della stenosi mitralica, ma con una intensità di gran lunga superiore in ogni carattere.

Lo spessore intimale vince quello della stessa stenosi mitralica tipica, poichè oscilla tra 0,200 e 0,800 mm.: gli elementi elastici sono di solito delicatissimi e scarsi e possono anche mancare totalmente: i fatti regressivi sono molto limitati: nessun reperto patologico notevole nella media e nell'avventizia: si ha quasi costantemente lesione macroscopica.

L'arteria polmonare è assolutamente indipendente dall'aorta nei riguardi dell'aterosclerosi, poichè su 100 casi con aorta gravemente lesa anche macroscopicamente l'arteria polmonare è risultata integra al microscopio 45 volte: mentre nel 54 % l'arteria polmonare è risultata lesa sebbene l'aorta fosse integra.

Dai 15 casi di lue (con aortite) delle presenti ricerche risulta che se la lue ha un'azione indiretta nel favorire l'aterosclerosi dell'arteria polmonare, quest'azione è molto incerta e non è affatto dimostrata.

A. DE ORCHI.

FEGATO E VIE BILIARI.

Le funzioni della vescichetta biliare.

(MOGENA H. G. *Arch. de Med., Chirurgia y Esp.*, ott. 1927).

La vescichetta biliare considerata come un organo rudimentale, ha acquistato in questi ultimi anni un maggiore interesse grazie ai moderni procedimenti adoperati per la sua esplorazione.

Ne è risultata infatti una maggiore conoscenza dalle sue funzioni, e in special modo la sua importanza nei processi digestivi, ma alcune funzioni, ad es. quella secretoria, come l'importanza della sua relazione intima col fegato, non sono ancora sufficientemente conosciute.

L'unica e quasi principale funzione che si attribuiva fin'ora alla cistifellea, era quella di conservare la bile che il fegato segregava durante la fase interdigestiva, per eliminarla nuovamente quando gli alimenti giungono al duodeno. A questa funzione si attribuiva poca importanza soprattutto per la scarsa capacità vescicolare in relazione alla grande quantità di bile eliminata nelle ventiquattro ore.

La capacità della vescichetta biliare è approssimativamente di 50 cmc., e la concentrazione che la bile può subire è variabile secondo gli autori, ed il procedimento adoperato per la determinazione.

Con la pituitrina, la bile emessa dalla cistifellea è 8-10 volte più concentrata di quella che proviene direttamente dal fegato.

La concentrazione della bile è conseguenza della facoltà di riassorbimento che ha luogo normalmente attraverso la parete vescicolare: è stato veduto che in pochi minuti la bile si concentra fino a 5 volte. Paragonando la bile epatica e quella vescicolare, si vede che il principale assorbimento si fa per l'acqua e per i sali inorganici. Per l'assorbimento dei grassi la questione è più dibattuta, poichè ammesso da alcuni autori, secondo altri invece i grassi sarebbero segregati dalla mucosa vescicolare.

Il riassorbimento si verifica a traverso i vasi linfatici, molto sviluppati nella vescichetta, ed anche in gran parte, a traverso i vasi sanguigni della mucosa. Nè va dimenticata l'importanza della via sanguigna, poichè la vena cistica sbocca nella porta, e seguendo questa, le sostanze assorbite dalla parete vescicolare, passano al fegato.

Ma oltre alla funzione di assorbimento, la vescichetta biliare, possiede anche quella di secrezione: oggi pare ammesso che attraverso la mucosa della colecisti si produce una secrezione di colesterina, originata dal metabolismo dei grassi nelle cellule vescicolari, che deve essere tenuta presente per la formazione dei calcoli biliari. Si è anche creduto che la vescichetta biliare segregasse una sostanza essenziale per la digestione o che la mucina, segregata normalmente, avesse la proprietà di alterare lo stato colloidale della bile, preparandola così a determinate funzioni, ma le conoscenze sulla funzione secretoria sono ancora molto insufficienti.

Anche la funzione motrice della vescichetta e il meccanismo per il quale essa si vuota, sono ancora oggetto di discussione.

Possiede la vescichetta un potere contrattile?

Le contrazioni sono sufficientemente intense per espellere il contenuto?

Sotto quali influenze si producono le contrazioni ed il vuotamento?

I fisiologi hanno registrato graficamente le contrazioni vescicolari, ed hanno osservato come esse sono spontanee, lente ed irregolari (2 a 5 ogni minuto), ma alcuni autori, pur ammettendo tali contrazioni, non le ritengono sufficientemente intense da produrre l'espulsione della bile, anche perchè le onde di contrazione non sono state viste nè nelle vescichette opache, nè durante gli interventi operatori.

A ciò è stato obiettato che pur essendo vero che la cappa muscolare della vescichetta sia delicata, tuttavia bisogna tener conto della sua disposizione reticolare, che origina una retrazione simultanea su tutti i suoi diametri. Tale contrattilità muscolare può esagerarsi sperimentalmente usando gli eccitanti delle fibre muscolari liscie, come l'estratto ipofisario.

È stato anche invocato un fattore meccanico estrinseco, come il movimento del diaframma e del fegato durante la respirazione, che comprimendo la vescichetta, produrrebbe il suo vuotamento; ma essendo stato osservato che vi è una innervazione reciproca tra il diaframma e i muscoli addominali, quando il diaframma si contrae, i muscoli addominali si rilasciano, ragione per cui non è possibile che abbia luogo la compressione suaccennata.

Kodama crede un fattore importante del vuotamento il principio meccanico della contrazione elastica: se lo sfintere dell'Oddi e l'estremità del coledoco sono chiusi, per l'arrivo della bile la vescichetta si distende; quando l'estremità del coledoco si apre rapidamente si produce una diminuzione della pressione nell'interno della cistifellea e per conseguenza la bile viene espulsa fino al ripristino della pressione tra la vescichetta biliare ed il coledoco.

Lo sfintere dell'Oddi non sembra avere invece nel vuotamento della vescichetta biliare l'importanza fin'ora attribuitagli. Con ricerche anatomiche e sperimentali è stato veduto che le contrazioni della parete duodenale producono l'occlusione del coledoco ed il suo rilasciamento la fuoriuscita della bile, indipendentemente dallo sfintere.

Alla stessa guisa perciò agiscono le sostanze che eccitano la peristalsi duodenale, quali il solfato di magnesio, la pituitrina.

Anche l'arrivo di alcuni alimenti nel duodeno dà luogo alla contrazione vescicolare e al passaggio della bile nell'intestino, in special modo i grassi, le sostanze albuminoidee, i peptoni.

La contrattilità della vescichetta, dipende inoltre dai gangli automotori che si trovano nello spessore della parete vescicolare, ma poichè su essi agiscono tanto il vago che il simpatico, esiste discussione fra gli autori, quale sia dei due

nervi quello che origina l'eccitazione motrice, sebbene molti fatti in realtà parlino per il vago.

Per Iskiama il centro autonomo risiederebbe in alcune cellule ganglionari della parete della colecisti, le quali sarebbero influenzate da un ormone simile alla colina o da un altro, che si trova nella propria parete.

Recentemente, con i moderni procedimenti d'indagine radiologica, è stato veduto che la vescichetta biliare possiede altre funzioni. Fra queste una principale è quella del riassorbimento rapido del liquido diluente le materie biliari, le quali si concentrano: quanto maggiore sarà questa concentrazione, tanto più intensa sarà l'ombra vescicolare.

Se non vi è impermeabilità delle vie biliari e la tecnica è stata esatta, la densità dell'ombra dipenderà dalla funzione di riassorbimento della parete vescicolare e dal tempo che la bile vi permane.

Un'altra funzione meglio studiata, mercè la colecistografia, è quella del potere contrattile. Secondo gli autori americani infatti, la vescichetta normale sembra possedere un potere contrattile sufficientemente capace di espellere il suo contenuto: questa attività muscolare è più intensa per l'assorbimento intestinale dei grassi, meno per le proteine e nulla per gli idrati di carbonio. Senza alcun stimolo, il vuotamento è più lento, dimostrandolo la progressiva scomparsa dell'ombra vescicolare, previa somministrazione della sostanza opaca; dopo un pranzo ordinario, l'opacità persiste approssimativamente circa 2 ore.

Se l'ombra permane un tempo più lungo, ciò indicherà ipo- o atonia vescicolare, poichè la sua parete, non contraendosi sufficientemente per lo stimolo fisiologico degli alimenti, non espellerà la bile che la sostanza opaca vi aveva accumulata.

A. POZZI.

La colecistectomia sotto-sierosa senza drenaggio.

(DESMAREST. *Journal de Chirurgie*, tome XXX, n. 6, 1927).

L'A. dopo aver dichiarato che non intende di dir nulla di originale, ma di voler fare opera di propaganda per un'operazione a torto abbandonata da qualche chirurgo, afferma che con una tecnica propria dev'essere possibile porsi a riparo da ogni scacco. Le due principali ragioni per le quali i chirurgi mettono il drenaggio dopo le colecistectomie sono, l'emorragia dal lettuccio della cistifellea e la probabilità della caduta del laccio dal moncone del cistico, con susseguente cole-peritoneo.

Orbene la tecnica che l'A. espone ovvia a questi due pericoli e di più pone al sicuro dalle emorragie secondarie dai vasi cistici e garantisce della non formazione delle aderenze epato-duodenali.

L'A. è rimasto fedele all'incisione trasversale di Sprengel che dà un'ottima visione di tutte le vie biliari, quando il fegato sia semi-lussato fuori della ferita. Se la vescichetta biliare è aderente bisogna cominciare a distaccarla, di poi s'incide col bisturi il peritoneo che tappezza la sua faccia inferiore e si ricerca il piano di clivaggio. Questo è il momento più delicato dell'operazione: per eseguire bene lo sgusciamento della cistifellea Desmarest ha fatto costruire una piccola spatola che secondo l'A. corrisponde benissimo. La parete vescicolare non aderisce alla fossetta cistica e lo scollamento non produce la benchè minima emorragia. Ove la liberazione della cistifellea è difficile è in vicinanza dei dotti; occorre molta pazienza e molta precisione per condurre bene questo tempo. Liberato il cistico si passa alla sua legatura, che secondo l'A. deve essere duplice, una in immediata vicinanza dell'imbocco del coledoco, l'altra nel segmento vescicolare.

La duplice legatura evita il pericolo di filtrazione di bile e non permette la dilatazione secondaria del moncone del cistico. In tale colecistectomia non v'ha bisogno di legare alcun vaso, poichè asportando la cistifellea al disotto del suo rivestimento peritoneale, i vasi cistici non vengono in alcun momento lesi, ma solo scostati.

Non resta poi che richiudere la breccia peritoneale, ciò che l'A. esegue con un sopraggitto in catgut: di poi chiude la parete a strati.

L'A. confessa che in pratica l'esecuzione di tale tecnica non è così facile come potrebbe sembrare. La cistifellea speritoneizzata è fragilissima, si rompe con la massima facilità, lasciando scolare la bile al di fuori. Tale incidente, se la cavità peritoneale è stata ben protetta e se la bile è subito raccolta non è tale da richiedere il tamponamento, occorre invece tamponare, se, sbagliando piano di clivaggio, si produce emorragia dal lettuccio della vescichetta. Va da sè che ogni volta che è necessario aprire il coledoco è d'uopo tamponare.

L'A. insiste sulla utilità di questa operazione che pone i malati a riparo di quelle crisi dolorose da aderenze che spesso seguono alle comuni colecistectomie e che talvolta costituiscono una vera nuova infermità.

BANI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Prof. GINO FRONTALI. *L'alimentazione del bambino.* Casa Editrice Luigi Pozzi, Roma, 1928. Prezzo L. 40.

È un prezioso libro di 248 pagine, che dall'A. è stato modestamente presentato al lettore sotto forma di Lezioni, dettate per Corsi di Puericultura ai medici, e che riunisce le Lezioni da lui dettate a Cagliari nel Corso di Puericultura istituito dall'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia.

È un volume del quale si sentiva veramente il bisogno, il quale, oltre che ai medici che frequentano i Corsi di Puericultura, riuscirà utilissimo a tutti i medici pratici, ed anche ai Pediatri stessi.

I problemi dell'alimentazione infantile sono trattati dal Frontali con quella maestria che tanto distingue l'illustre Pediatra italiano.

Tanto più importante è il suo libro in quanto i problemi che tratta sono svolti, oltre che dal lato pratico, anche dal lato scientifico, con una semplicità ed una chiarezza che sono il frutto della vasta cultura dell'A., della sua grande competenza su tale argomento, sia teorica che pratica. Tale chiarezza e semplicità di esposizione rendono la materia trattata alla portata di tutti i medici pratici ed anche delle levatrici e delle persone colte.

Il Frontali ha avuto il pregio di esporre lucidissimamente le cognizioni scientifiche acquisite, sulle quali si basano le norme pratiche della alimentazione, esponendo chiaramente le nozioni di fisiologia e di chimica biologica sulle quali si fondano i moderni concetti della digestione, dell'assorbimento intestinale, del ricambio intermedio ecc., per spiegare, sia il normale sviluppo del bambino, sia quello anormale, come anche le varie condizioni patologiche che da una alterata nutrizione possono esser dipendenti. Nei vari capitoli l'A. tratta della alimentazione infantile come problema sociale, delle peculiarità anatomo-fisiologiche dell'apparato digerente del lattante, del latte, delle peculiarità del ricambio nel lattante, dell'allattamento materno, del mercenario, dei disturbi da allattamento al seno, dell'allattamento artificiale e misto, dei disturbi della nutrizione (delle dispepsie, delle distrofie, della intossicazione, dell'atrofia), delle enteriti infettive, dei disturbi di anafilassi e di carenza, dell'alimentazione del bambino dopo il primo anno.

Il volume termina con un prezioso ricettario di cucina infantile, dal quale si possono apprendere norme utilissime per la preparazione dei cibi.

Il libro del Frontali, i pregi del quale sono soprattutto la chiarezza e la praticità, come anche la ricchezza di nozioni scientifiche riguardanti la nutrizione del bambino, colma una lacuna, ed è un'opera veramente raccomandabile a tutti i medici.

Prof. MARIO FLAMINI.

MAX EINHORN. *Le tube duodénal.* Tradotto dal dott. G. MONOD dalla II Ed. Masson, Paris.

Vi si trova esposta la teoria e la pratica del classico metodo di Einhorn col quale in meno di dieci anni sono stati conseguiti così interessanti risultati diagnostici e terapeutici. Estesamente trattata è anche la fisiologia e la fine anatomia del duodeno, nonchè le deduzioni che dallo studio del contenuto duodenale si possono trarre sulla funzione dello stomaco, piloro, vescica biliare, pancreas, ecc.

Si comprende da ciò l'interesse che questo lavoro può presentare per tutti i medici specie per coloro che non possono leggere l'edizione originale in lingua inglese.

M. A.

GAULTIER R. *Précis de coprologie clinique.* 3ª ed. vol. in-8°, 500 pag. Baillière et Fils., Paris, 1927. Fr. 54.

L'A. comincia con un'esposizione didattica che riassume le conoscenze speciali che il medico deve possedere per far entrare la coprologia nel novero delle sue cognizioni. In un capitolo sulle materie grasse delle feci, l'A. indica come debbono essere fatte le ricerche, mentre nella seconda parte si trova l'applicazione dei principi coprologici esposti nella prima parte per la diagnosi del funzionamento dell'intestino. Questa seconda parte merita giustamente il titolo di *Guida pratica.* Dal suo metodo analitico delle sostanze costituenti le feci in un dato caso patologico, l'A. può dedurre indicazioni diagnostiche, igieniche, alimentari, stabilendo inoltre i coefficienti di utilizzazione digestiva degli alimenti nei diversi stati morbosi.

Il metodo personale del Gaultier per la determinazione di quello che si potrebbe chiamare *il bilancio nutritivo coprologico* per distinguerlo dal bilancio nutritivo generale fornisce indicazioni preziose per la diagnosi di litiasi biliare, delle pancreatiti croniche e della permeabilità del canale coledoco, e stabilisce anche formule di semeiologia coprologica relative alle affezioni del fegato, del pancreas e dell'intestino grasso, che saranno certamente di grande ausilio per il medico.

A. POZZI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche di Milano.

Seduta del 10 febbraio 1928.

Presidente: Prof. R. GALEAZZI.

Il valore terapeutico del siero antidifterico è esso in rapporto col suo valore in unità immunizzanti?

Dott. prof. S. BELFANTI. — In vari paesi dell'estero ed anche in qualche regione d'Italia è stata fatta la constatazione di una più larga diffusione e maggiore gravità della difterite, di una più grande facilità alle paralisi postdifteriche e di un notevole aumento nelle percentuali di mortalità per questa malattia.

A spiegare questo fenomeno, che si verifica ad onta di una larga spedalizzazione ed un'abbondante sieroterapia, taluni sospettarono di inefficacia il siero antidifterico che da oltre un trentennio costituisce il solo rimedio atto a combattere il morbo.

L'O. raccoglie queste voci, sebbene esse manchino di precise affermazioni, ed entra in difesa della sieroterapia della difterite, prospettando le linee generali delle proprietà del siero e delimitandone l'azione terapeutica.

Anzitutto egli ricorda ai medici troppo oggettivi nei loro giudizi, che non dal siero solo dipende la guarigione o la morte, ma in egual misura dalla natura più o meno maligna dell'infezione e dalla resistenza dell'individuo colpito. Di questi tre fattori che costituiscono gli elementi per la prognosi della difterite, quello dato dal siero è il meno incerto, poichè il valore di questo è misurato esattamente in U. I. con un metodo unico in tutto il mondo, il classico metodo di Ehrlich.

L'O. discute le accuse fatte al siero in tempi diversi, incominciando dalla obbiezione avanzata da Roux e Martin fin dal 1904: che il valore del siero fosse legato, oltre che alle antitossine contenutevi, a sostanze antiinfettive aventi azione non sulla tossina ma direttamente sul bacillo, per cui essi reclamavano un siero antitossico ed antimicrobico ad un tempo.

Questi concetti furono discussi al Congresso internazionale d'Igiene di Bruxelles e studiati sperimentalmente da una commissione appositamente nominata e si giunse alla conclusione fondamentale che la virulenza del bacillo difterico è in rapporto con la quantità di tossina segregata nell'unità di tempo e che il siero agisce per le sue proprietà antitossiche e non per il potere antimicrobico.

Un secondo dubbio rivolto all'azione del siero antidifterico riguarda la avidità di fissazione tra tossina ed antitossina. Secondo i lavori di Kraus e quelli più recenti di Madsen e Schmidt non esiste cioè parallelismo tra contenuto del siero in U. I. e virtù curative, poichè il legame che deve formarsi tra tossina ed antitossina non si compie sempre con la medesima rapidità od avidità. Il siero ad avidità maggiore, indipendentemente dal suo contenuto in U. I., dovrebbe esplicare un maggiore effetto curativo.

L'avidità di fissazione del siero è stata studiata *in vivo* ed *in vitro*: lo studio *in vivo*, compiuto da Madsen e Schmidt con prove sul coniglio, se serve a mettere in luce la questione non ha dato risultati tali da risolvere i dubbi, poichè vi sono troppe irregolarità nel comportamento degli animali di fronte alla tossina e troppo scarsi sono i risultati ottenuti. Lo studio *in vitro*, fatto da Ramon con la sua prova di flocculazione (che l'O. descrive ed illustra), ha condotto all'elaborazione di un metodo per la titolazione dei sieri di cui i risultati concordano abbastanza bene con quelli forniti dal metodo di Ehrlich. Tuttavia l'O. opina che il criterio della flocculazione più o meno rapida, per dedurne l'avidità, manca di una base reale se non viene convalidato dalla prova sull'animale; non è escluso nemmeno che nei complessi colloidali, sia del siero antitossico sia del brodo nutritivo, si trovino fattori che accelerino od intralcino la flocculazione, indipendentemente dall'antigeno e dall'anticorpo.

Taluni vollero attribuire alla deficienza terapeutica del siero anche le paralisi postdifteriche che compaiono talvolta nonostante una sieroterapia intensiva.

L'O. ammette che se si hanno paralisi postdifteriche nel soggetto sieroterapizzato, è segno che il siero è stato introdotto quando il veleno si era già fissato lungo i nervi. La rapidità di diffusione del veleno nell'organismo può essere alle volte grandissima e l'O. ebbe a constatare nella cavia come già dopo due ore vi sia tanta tossina in circolo da uccidere l'animale anche se viene asportato il focolaio morboso.

I buoni risultati curativi da alcuni registrati col siero nelle paralisi già dichiarate non sarebbero da attribuire, secondo l'O., all'azione antitossica specifica; il siero che contiene oltre globuline specifiche anche sieroalbumine, esplicherebbe in questo caso l'azione stimolante aspecifica di una proteinoterapia.

E la letteratura medica cita anche altri esempi di proteinoterapia a mezzo del siero normale, nella infezione difterica, con una discreta percentuale di risultati favorevoli. Nessuno nega che la difterite, tanto più in endemie locali benigne, possa guarire col siero normale di cavallo ed anche con la terapia in uso nell'èra presieroterapica; ma nessuno può oppugnare quello che le statistiche e la larga esperienza di tutte le Nazioni affermano che, cioè, molti difterici gravi non giungerebbero a guarigione senza il siero antitossico specifico.

Completamente errata è infine, secondo l'O., l'affermazione fatta da pochi che la ragione dell'insuccesso dei sieri stia in parte nei metodi moderni di immunizzazione e sopratutto nell'impiego dell'anatossina di Ramon per il trattamento dei cavalli sieroproduttori. Per quanto riguarda il

siero dell'Istituto Sieroterapico Milanese nessuna modificazione tecnica è stata introdotta, per cui il siero usato a Roma nel primo semestre del 1927 e censurato come poco efficace, corrisponde perfettamente a quello antico. Questo siero, se non ha fatto buona prova in quell'epoca a Roma, l'ha fatta eccellente in moltissime altre località, per cui non è mai utile generalizzare le conseguenze terapeutiche notate in un piccolo gruppo di casi.

Se però si fosse usata l'anatossina di Ramon, l'O. esclude che avrebbe potuto essere la causa della poca efficacia del siero, il quale avrebbe certo avuto tutte le qualità di quello antico, poichè il metodo nuovo come quello vecchio conducono allo stesso risultato: la produzione di un anticorpo che serve esattamente, specificamente a neutralizzare la tossina difterica.

L'anatossina di Ramon, infatti, non è se non la tossina difterica resa innocua col formolo; pur così svelenata essa possiede tutto il suo potere antigeno. Usata ormai largamente nella vaccinazione dei bambini per premunirli contro il contagio difterico, l'anatossina non dà luogo ad inconvenienti ed anzi sembra a molti medici ch'essa si presti meglio della tossina neutralizzata col siero antidifterico usata nei primi tempi della vaccinazione contro la difterite.

La clinica della difterite nel passato e nel presente.

Prof. G. POLVERINI. — L'O. si pone la domanda se l'aggravamento nel decorso della difterite che dalla primavera del 1926 all'estate del 1927 si è verificato in alcune località dell'Italia e dell'estero possa essere l'indizio di un prossimo ritorno epidemico grave di questa malattia e se l'aumento della mortalità, pure lamentato da qualcuno, debba ascriversi alla diminuita efficacia del siero antidifterico.

Dopo avere riassunto tutto ciò che è stato pubblicato a questo proposito e fattane una breve critica passa a parlare dei risultati ottenuti nell'ospedale dei contagiosi sopra 6480 difterici da lui curati dal 1905 ad oggi mostrando come la diminuzione della mortalità sia andata di pari passo con le più alti dosi di siero via via usate dimodochè, pur avendo anch'egli dovuto lamentare una maggiore gravità ed un aumentato numero di ricoverati per difterite nel 1926-27, è riuscito non solo a contenere ma a far diminuire la mortalità generale che si è ridotta in questi due anni al 7:9 % (senza esclusioni) ed al 5,2 % se non si tiene conto dei morti nelle 24 ore. Come segno della maggior gravità ha dovuto anche registrare in questi due anni un maggior numero di paralisi post-difteriche. Egli è poi d'opinione che si potranno avere le solite periodiche oscillazioni nel numero e nella gravità dei colpiti dalla malattia, ma che sia improbabile, almeno nei grossi centri, uno di quei ritorni epidemici a decorso grave con preponderanze delle forme maligne settiche che si sono avute nei secoli scorsi. E riguardo a queste ultime forme, in cui il b. difterico si trova associato allo streptococco, egli è convinto in seguito alla sua esperienza personale, che se non si arriva troppo tardi e qualora si usino dosi molto alte di siero per la via delle vene (ed indica la cifra di circa 100,000 v. i.) molti casi si possono salvare.

L'O. crede che la malignità di queste forme si debba attribuire solo ad aumento di virulenza del bacillo difterico intendendo questa nel senso che il b. difterico associato allo streptococco può più facilmente ed in molto minor tempo vincere la prima resistenza locale opposta dalla mucosa faringea, e riversare quindi in circolo più abbondantemente, e sopratutto più rapidamente la sua tossina.

Oltre alla sieroterapia ad alte dosi raccomanda la propaganda per la vaccinazione antidifterica mediante la anatossina.

Seduta ordinaria del 17 febbraio 1928.

Presidente: Prof. R. GALEAZZI.

Sulla predisposizione specifica alle infezioni.

Prof. ZIRONI. — Basandosi sui risultati di precedenti osservazioni critiche e di risultati sperimentali, l'O. è indotto a ritenere che la infezione latente resa manifesta dal divenire portatori di germi, per determinate infezioni può fare insorgere una iperreattività specifica. In altre parole l'assorbimento di antigeni microbici, verificantesi nei portatori di germi può determinare in questi, in particolari contingenze, anzichè uno stato di refrattarietà un particolare aumento di sensibilità per effetto del quale contraggono la malattia più agevolmente dei soggetti normali. Il fatto non è dimostrato che da prove indirette; esso ha forse notevole importanza nella epidemiologia.

Produzione sperimentale di osso mediante iniezioni di sali di calcio.

Dott. ANNOVAZZI. — L'O. comunica di avere ottenuto nel padiglione dell'orecchio di coniglio una ossificazione endocondiale neoplastica procedendo nel seguente modo: iniezione sottocutanea di una sospensione di glicerofosfati di calce in acqua, pennellatura con essenza di senape in sede di iniezione.

La lamina ossea, osservata sostituisce per circa 1 cm. di lunghezza il pericondrio e i fasci connettivi adiacenti, ed invade tratto tratto la cartilagine interrompendone la continuità. Il reperto proverebbe che la presenza di sali di calcio e lo stato circolatorio sono condizioni sufficienti perchè in determinate forme di tessuto connettivo si possa verificare l'ossificazione.

Rapporto su 157 casi di nevralgia studiati in riguardo alla cura.

Dott. ARRIGO TRUFFI. — Dopo avere constatato che allo stato attuale delle nostre conoscenze scientifiche, per comune consenso, si considerano le nevralgie all'infuori delle sintomatiche, come malattie di difficile cura, l'O. si sforza di dimostrare l'erroneità di questo concetto. Nel qua-

driennio 1924 e 1927 esso ha osservato 157 nevralgie. A 28 di queste non ha prescritto cura: di altre 27 non conosce l'esito finale. Rimangono 102 casi curati più o meno a fondo, di cui 94 sono guariti perfettamente, 5 sono rimasti immutati e 3 hanno subito un miglioramento. Le 8 forme non guarite hanno subito cure incomplete.

Tutti i casi curati a fondo sono guariti. I mezzi di cura sono principalmente Radio-terapia e Proteino-terapia.

Non pretende di affermare la guaribilità di tutte le nevralgie: scopo dell'O. è di togliere alla cura di queste malattie il carattere assolutamente empirico ed antiscientifico che ancora oggi conservano.

Il Segretario: Dott. ENRICO ETTORRE.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 13 gennaio 1928

Osservazioni cliniche e istopatologiche sopra un caso di splenogranuloma siderotico operato felicemente di splenectomia.

A. OMODEI ZORINI. — L'O. illustra un interessantissimo caso di splenomegalia cronica simile a quelle forme descritte da Gamna sotto il nome di « splenogranulomatosi siderotica », che venne operato felicemente di splenectomia. Egli riassume i risultati recenti della scuola di Algeri e di altri AA. francesi che vorrebbero attribuire a queste splenomegalie una eziologia micotica. Combatte quest'ultimo concetto eziologico sotto la guida di numerosi dati clinici, istopatologici e batteriologici.

Sopra un caso di osteodistrofia cistica circoscritta del collo femorale.

G. BIGNAMI e A. SEGAGNI. — Gli OO., osservato che le diverse denominazioni con cui vengono designate le formazioni cistiche solitarie delle ossa, il susseguirsi di teorie avanzate per interpretarne la patogenesi e le discussioni sui loro rapporti eventuali con la osteodistrofia fibrosa generalizzata sono certo indice delle scarse conoscenze che si hanno sulla loro natura, pongono in rilievo il particolare interesse che presentano, per lo studio di questa parte della patologia dello scheletro, le ricerche sui rapporti fra forme di osteodistrofia cistica circoscritta e quelle generalizzate, rapporti ammessi subito dopo la descrizione da parte del Recklinghausen del quadro della « ostitis fibrosa » e recentemente riconfermati, su base anatomo-patologica, da molti Autori. Fanno poscia notare come dalla rassegna delle caratteristiche istopatologiche e radiologiche che si attribuiscono alle cisti ossee vere solitarie ed alle forme di osteodistrofia fibrosa circoscritta non si desumano elementi sicuri per stabilire una differenziazione netta tra le due forme. Per le suesposte ragioni ritengono che, almeno nella maggioranza dei casi, le cisti ossee solitarie siano da interpretarsi quali forme localizzate di osteodistrofia fibrosa.

Gli OO. descrivono quindi un caso caratteristico di formazione cistica giovanile del collo femorale a diagnosi radiologica confermata dalla biopsia, dal quale il concetto unitario delle formazioni cistiche solitarie e quello di correlazione con le forme osteodistrofiche diffuse esce avvalorato. Concludono ammettendo che, per lo studio di questi processi, in mancanza di conoscenze nuove nel campo dell'eziologia, più che il criterio clinico sia da seguirsi quello anatomo-patologico, il quale offre il terreno per una loro più opportuna classificazione.

Seduta del 27 gennaio 1928.

Nota su alcuni tentativi di applicazione dell'immunità locale alla cura delle piodermiti.

F. FLARER — L'O. ha circoscritto il campo delle sue osservazioni alle forme cutanee da piogeni e più particolarmente alle forme stafilococciche ed ha creduto non solo utile ma necessaria questa circoscrizione per avere dati sicuri e controllati in una stessa entità morbosa avente come agente sostenitore uno stesso microrganismo, essendo fuori discussione la varietà essenziale di comportamento specie nei riguardi di fenomeni immunitari tra le varie specie di germi, donde più che mai la necessità di specificare a proposito di risultati terapeutici di questo ordine, la forma morbosa e l'agente etiologico che si è combattuto.

Quanto alla tecnica delle applicazioni curative, l'O. ha esteso un poco le sue pratiche servendosi oltre che dei filtrati culturali alla Besredka applicato per impacco, di intradermoiniezioni sia con gli stessi filtrati sia con vaccini concentrati appositamente preparati, siá infine, come mezzo anche di controllo di applicazione per impacco di sieri curativi.

Per ciò che riguarda la preparazione dei filtrati, l'O. ha seguilto la tecnica, semplice del resto, di Besredka variando solo il ceppo di stafilococco e usando cioè di germi presi dallo stesso individuo o da altri, e la durata del tempo di cultura, diminuendolo o aumentandolo di alcuni giorni per vedere se si potevano avere diversità apprezzabili nell'effetto curativo. I risultati ottenuti in questi tentativi, curando una quarantina di casi tutti seguiti regolarmente e personalmente dall'oratore, non furono brillantissimi o per lo meno tali da confermare pienamente col vaglio del controllo clinico i reperti delle ricerche sperimentali eseguite al riguardo. È necessario infatti tenere conto oltre alla ovvia differenza di significato tra l'infezione sperimentale stafilococcica negli animali da esperimento e nell'uomo anche dell'entità clinica e del decorso, diciamo spontaneo, di queste forme cutanee nell'uomo e tenere quindi in considerazione come fattori essenziali non il solo esito in guarigione che può aversi anche spontaneamente ma il tempo di decorso, le modalità di decorso e specialmente le possibilità

di insorgenza di focolai nuovi locali e di recidive locali durante il trattamento stesso. Trattandosi di un processo curativo che dovrebbe avere fondamento immunitario sono questi dati di primo ordine. Come cifre i risultati avuti si possono così brevemente esporre:

Venti casi di piodermiti comuni, processi cutanei stafilococcici acuti di gravità media a tipo di foruncoli o impetigini vere, curati con applicazioni bigiornaliere di brodi filtrati, guarirono tutti in periodo medio di dieci giorni; nella metà circa dei casi si potè constatare comparsa di forme nuove durante il trattamento. Una decina di casi sempre delle stesse forme curate con intradermoiniezione di vaccini concentrati guarirono in un periodo medio di otto giorni. Anche in questi casi in poco meno della metà si ebbe la comparsa di forme nuove. Sei casi curati con impacchi locali di siero antistafilococcico ebbe un decorso del tutto paragonabile se non migliore dei precedenti.

Nell'assieme quindi possiamo dire che l'applicazione terapeutica del mezzo biologico proposto da Besredka nel campo delle infezioni cutanee stafilococciche, in qualche caso dà buoni risultati, ma non è costante, e non tale da corrispondere pienamente ai risultati sperimentali.

Necrosi del tessuto adiposo sottocutaneo.

E. GIOJA. — Riferisce su tre casi, da lui studiati dal punto di vista istopatologico e clinico, di necrosi del tessuto adiposo sottocutaneo, in donne adulte; e basandosi anche sui casi consimili esistenti nella letteratura, conclude per una predisposizione individuale a questa malattia, legata probabilmente a un fattore endocrino e ad alterazioni del ricambio organico; l'emorragia, il trauma, l'ischemia, le iniezioni di sostanze irritanti, possono divenire la causa efficiente occasionale di questa singolare alterazione. (Con proiezioni di microfotografie originali).

Un caso di cospicua e tipica deformazione professionale del torace.

DOMENICO VIOLA. — L'O. riassunta l'anamnesi del caso, un calzolaio di 20 anni, passa all'esame clinico nel quale pone in rilievo e dimostra con diapositive una cospicua deformazione professionale della porzione anteromediana del torace, occupante la regione per una superficie massima di cm. 14 ed estendentesi in profondità per cm. 4.

Comunica i risultati della cirtometria, e dell'esame clinico ponendo in evidenza la diminuzione della capacità respiratoria, la scarsa spostabilità dei due polmoni, lo spostamento del cuore in basso ed a sinistra, con un certo grado di insufficienza aortica, lo spostamento del fegato in basso ed a destra.

Espone infine i dati statistici da lui raccolti nell'esame di 453 calzolai, nei quali trovò presente il torace imbutiforme nel 98.1 % dei casi, e la percentuale di idoneità al servizio militare su 201 calzolai esaminati che gli diede il 51.2 % di non idonei.

Vagliando questi dati l'O. pensa che si possa considerare la professione di calzolaio come insalubre, inibendo per essa l'assunzione in servizio dei minori di 15 anni sulla scorta di quanto è disposto dal T. U. della legge sul lavoro dei fanciulli e delle donne. Richiama, infine, l'attenzione sul piccolo artigianato che facilmente sfugge alle sanzioni di legge, ed afferma di ritenere che applicando estensivamente per la professione di calzolaio le sane disposizioni di legge si ridurrebbero i danni fisici che a tale professione sono legati.

Dott. RICCI, *segretario*.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 27 novembre 1927.

Presidenza: Prof. S. SOLIERI.

Cisti dentaria del mascellare inferiore.

PASINI U. (Alfonsine). — Il tumore sviluppatosi senza dare al malato speciali sofferenze aveva raggiunto in 10 mesi la grossezza di un uovo di gallina, era a carico della branca montante destra della mandibola ed occupava il posto dell'ultimo molare. Duro in certi punti, in altri era cedevole come la pergamena. L'esame radiologico metteva in evidenza un tumore a forma cistica della branca montante della mandibola con dente incluso ben formato.

In base a questo reperto e a molteplici considerazioni cliniche l'O. escludeva una forma maligna degenerata cisticamente, nonchè il cistoma ed ammetteva una cisti di natura dentale.

L'atto operatorio praticato per via esterna confermava la diagnosi e il malato guariva senza complicanze.

Voluminoso calcolo uretrale rimasto in sede quattro anni.

MARCHINI F. (Forlì). — L'O. riferisce di un caso interessante di calcolo uretrale, sia per il notevole volume (diametro cm. 2 ½) che per l'unicità, la sede (angolo genieno scrotale) e la scarsità dei disturbi, tanto che il paziente non ha sentito il bisogno di liberarsene per ben quattro anni.

L'incomodo maggiore era dato dal dovere, in questi ultimi tempi, spostare colla mano un po' di lato la massa onde poter urinare.

La diagnosi era difficoltata specialmente dal fatto che all'esplorazione interna dell'uretra non si prendeva contatto col calcolo, essendosi questo incappucciato in un opercolo di mucosa.

L'efficacia terapeutica del bismuto nelle forme di arteriosclerosi non luetica.

GIUGNI F. (Lugo). — L'O. partendo dalla osservazione dei benefici risultati che ha il bismuto nelle affezioni vasali si tratti o di forme atero-

matose dei grossi vasi o di sclerosi delle piccole arterie parenchimali consecutive a pregressa infezione sifilitica, ha pensato di estendere tale metodo di cura anche a quegli arteriosclerotici in cui doveva escludersi la lue ed ammettersi altre cause di ordine tossico, come l'alcoolismo, i disordini alimentari, ecc. Scelti alcuni soggetti arteriosclerotici, con pressione elevata, con manifestazioni a carico dei vasi cerebrali, ecc., soggetti in cui ogni più rigorosa ricerca faceva escludere la pregressa infezione celtica, li ha sottoposti ad una protratta cura bismutica. I risultati ottenuti con un trattamento che in alcuni soggetti dura da 3-4 anni, sono veramente soddisfacenti ed hanno uno speciale valore perchè in alcuni di questi individui si è potuto avere un confronto con la scarsa utilità degli altri trattamenti. L'O. si ripromette di esporre tra breve ed in esteso tali resultati.

LAMA A. (Faenza). — Ricorda quanto ebbe a dire nella seduta del 26 febbraio 1927 di questa Società e cioè che per primo enunciò il fatto, nuovo per la letteratura medica, che il bismuto ha proprietà ipotensive negli arteriosclerotici, nella sclerosi vasale indipendente o dipendente da infezione sifilitica.

Presentazione di operati di notevole importanza.

SOLIERI S. (Forlì). — Presenta una donna operata per un enorme *fibroma pararenale* del peso di Kg. 6 ½, in cui l'intervento, praticato con ampio taglio lombo-addominale, fu difficoltato da aderenze stabilite col peritoneo da un vano tentativo fatto due anni prima per estirpare il tumore dalla via transperitoneale. Fu necessario resecare in due punti il peritoneo e suturare il colon ascendente ampiamente lacerato. Il rene era incapucciato dal tumore e fu tolto insieme ad esso.

L'osservazione è completata dall'esame radiologico ed istologico del tumore.

Presenta pure un craniectomizzato per frattura della base e della volta cranica, in cui è residuata paralisi bilaterale totale del n. facciale.

Il terzo operato è per due diverticoli vescicali ed ipertrofia prostatica, in cui estirpati i diverticoli (di cui uno, assai ampio, aveva aderenza coll'uretere e col fascio iliaco destro) e tolta la prostata, chiuse la vescica in primo tempo, ottenendo guarigione completa in pochi giorni.

Considerazioni su un raro caso di febbre sifilitica a tipo quartano.

MALTONI U. (Faenza). — L'O. riferisce su di un paziente che da alcuni mesi aveva accessi febbrili improvvisi, fino a 39°, che si presentavano regolarmente con due giorni di intervallo, mentre le condizioni generali si mantenevano buone.

Ricoverato in Ospedale, e tracciata una curva febbrile, essa risultò primamente identica a quella di una febbre malarica quartana.

L'esame del sangue per la ricerca dei plasmodi, ripetuto varie volte, riuscì sempre negativo, come pure una cura chininica subito intrapresa non diede esito alcuno.

All'esame o. non si riscontrava però tumor di milza; fegato nei limiti normali; nulla all'app. gangliare linfatico. Sierodiagnosi per tifo, paratifo A-B e melitense negativa.

La R. di W. nel siero di sangue invece riuscì intensamente positiva.

In base a questo reperto fu istituita senz'altro una cura specifica dando la preferenza, nel caso particolare, al Bioduro di Hg per via intramuscolare.

Bastarono le prime iniezioni per far scomparire gli accessi febbrili che non si sono più verificati.

Un caso di ascesso subfrenico di oscura origine.

GIUGNI F. e POZZI G. (Lugo). — Gli OO. dopo aver ricordato che il punto di partenza più frequente a verificarsi negli ascessi sottodiaframmatici è dato dall'appendice, riferiscono il caso di un giovane carabiniere che senza precedenti remoti o prossimi fu colto improvvisamente da vivo dolore all'epigastrio e febbre alta con brividi.

Portato in ospedale si potè constatare, dopo alcuni giorni di incertezza diagnostica, la esistenza di una raccolta purulenta gazosa sottodiaframmatica. Tale raccolta fu messa in evidenza dalla radioscopia che a paziente in piedi rivelava una bozza chiara a forma semilunare situata centralmente sopra il lobo sinistro epatico. L'intervento operatorio confermò l'esistenza di un ascesso gazoso purulento situato anteriormente e a sinistra, al di là del legamento falciforme del fegato. Da questa localizzazione non molto frequente gli OO. inducono l'origine del germe infettivo dallo stomaco o dal duodeno.

Il Segretario: Dott. PAOLO GALLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Le zone reflessogene carotidee.

Esistono nella carotide due zone che, eccitate meccanicamente, sono il punto di partenza di parecchi riflessi; il seno carotideo (biforcazione della carotide primitiva) ed il punto di origine dell'arteria facciale nella carotide esterna.

D. Danielopolu ed altri (*Bull. Acad. de Méd. de Paris*, 25 ott. 1927) elencano i seguenti reflessi.

1) *R. Respiratorio.* — L'eccitazione della parete interna o la compressione di questi segmenti della carotide producono aumento di frequenza e di ampiezza del respiro, oppure una rarefazione del ritmo con aumento di ampiezza, oppure anche aumento di ampiezza senza modificazioni di ritmo. Il riflesso è stato trovato nella scimmia, nel cane e nell'uomo.

2) *R. Pressore-depressore.* — Un'eccitazione meccanica, esterna od interna del seno produce elevazione della pressione sanguigna ed accelerazione del ritmo cardiaco (R. pressore) oppure abbassamento di pressione e rallentamento del ritmo (R. depressore). Il riflesso può quindi prendere la via simpatica, come pure quella parasimpatica.

3) *R. Viscerali.* — Nell'uomo, la compressione del pacchetto vascolo-nervoso al collo (biforcazione della carotide primitiva) sotto l'angolo della mascella inibisce la motilità gastrica ed in seguito l'aumenta; nel cane, si può avere inibizione seguita da esagerazione della motilità.

4) *Fenomeni motori.* — Il cane, durante l'eccitazione delle zone carotidee presenta talvolta delle convulsioni.

5) *Sensazioni dolorose.* — Malgrado la somministrazione di morfina, queste eccitazioni sono talora dolorose.

I riflessi descritti, però, non sono dovuti al dolore, poichè esistono anche in assenza delle sensazioni dolorose.

Queste due zone reflessogene debbono avere notevole importanza per il mantenimento del tono vegetativo degli organi. L'eccitazione naturale può essere meccanica (aumento di pressione sanguigna) o chimica (presenza di sostanze nel sangue).

Queste zone carotidee possono prender parte alla produzione dell'ipertensione permanente, in quanto che un riflesso depressore può diventare pressore.

Inoltre, la denudazione del seno carotideo, con distruzione dei nervi che vi si distribuiscono, potrebbe avere azione favorevole sulle dispnee intense di alcune sclerosi polmonari, in certi casi di asma e sull'ipertensione. Questi interventi chirurgici potrebbero agire su certe nevrosi, in casi di epilessia, malattie in cui le variazioni del tono vegetativo hanno parte preponderante.

fil.

I riflessi addominali nelle affezioni acute dell'addome.

Le modificazioni, indebolimento o scomparsa, dei riflessi addominali costituiscono un sintomo di notevole importanza nel corso delle peritoniti acute o di reazioni peritoneali, specie quando manca ogni difesa muscolare.

Olivecrome (*Acta chirurgica Scandinava*, 25 agosto 1927) in 12 casi di appendicite acuta senza peritonite ha trovato i riflessi addominali quattro volte, e negli altri dodici casi modificazioni locali limitati in sei casi alla metà destra dell'addome. Non riscontrò mai mancanza o indebolimento di tutti i riflessi.

In 36 casi di appendicite acuta con peritonite libera i riflessi erano normali in sei casi, nei quali la difesa muscolare era molto marcata; in dieci casi i riflessi erano del tutto spenti.

In 11 casi di ascesso appendicolare i riflessi erano normali solo in due casi. La stessa proporzione si riscontrò in 17 casi di ulcera gastrica o duodenale perforata.

Adunque nei 4/5 dei casi di peritonite acuta si hanno alterazioni nette dei riflessi addominali. Il segno è perciò ancora più costante della difesa muscolare ed esiste sopra tutto quando quest'ultima manca.

L'estensione dell'areflessia non è in rapporto costante con l'intensità e la diffusione del processo patologico.

Come la reazione muscolare, l'alterazione dei riflessi può verificarsi anche in casi di affezioni extraperitoneali.

Lo stato dei riflessi addominali può avere un valore prognostico nel senso che nelle peritoniti a decorso favorevole essi ricompaiono generalmente dopo 24-48 ore, mentre che nelle complicazioni intercorrenti o nelle forme progressive i riflessi scompaiono di nuovo.

Non si conosce con quale meccanismo si produce la modificazione dei riflessi; è probabile che siano dovute ad un fatto inibitorio provocato dalla reazione peritoneale.

DR.

CASISTICA.

La fibrosi vertebrale o cellulite del collo.

La fibrosi del tessuto connettivo sottocutaneo, chiamata pannicolite e la fibrosite dei muscoli, delle fascie e delle guaine sono state riunite dai medici svedesi sotto il nome di cellulite. La fibrosite dei muscoli e la pannicolite, che pure sono abbastanza facili da riconoscersi, sono passate inosservate per lungo tempo; ancor meno conosciuta è la fibrosi cervicale, di cui H. Forestier (*The Lancet*, 9 luglio 1927) ha osservato diversi casi.

Per riconoscere la cellulite cervicale, il paziente deve stare a cavalcioni sopra una seggiola con spalliera piatta, posare le braccia incrociate sulla spalliera e la fronte sulle braccia; oppure esso può stare semplicemente seduto con la testa appoggiata sul petto del medico. In entrambe le posizioni i muscoli del collo sono rilasciati in modo da permettere una palpazione profonda. Con le punte delle dita si esplora simmetricamente la regione mastoidea ed i processi trasversi dell'atlante; poi, avvicinandosi alla linea mediana si penetra nelle doccie cervicali e si discende gradatamente alle spalle.

Lo stato nodoso dell'atlante si avverte come un tumore globulare, grosso quanto una noce, che copre il processo trasverso ed è più o meno doloroso alla pressione. Di solito il tumore è unilaterale e dalla parte sinistra; talvolta si avverte nettamente, tal'altra invece è mal definito e può coinvolgere il processo trasverso. L'inspessimento nelle doccie cervicali può essere avvertito come un cordone rotondo o come un piccolo rigonfiamento, di grandezza varia, da un mezzo pisello ad una mandorla; si estende per parecchie vertebre, parallelamente ai processi articolari, duro, dolente alla pressione, che provoca dolori irradiantisi al braccio.

Le condizioni anatomiche della regione suboccipitale sono assai favorevoli per lo sviluppo della cellulite, in causa della notevole associazione di tendini, legamenti, aponeurosi immersi nel tessuto connettivo. Ai processi trasversi dell'atlante, poi, si attaccano numerosi legamenti, i tendini di sei muscoli e le loro borse sierose.

La radiografia mostra che i noduli e gli inspessimenti non sono di origine ossea, ma sovraperiostei. Queste alterazioni si trovano a preferenza negli individui gottosi e nei così detti artritici.

La diagnosi con una ghiandola (che è più o meno mobile) è agevole.

Fra i sintomi predominano i dolori. I noduli del processo trasverso danno delle neuralgie cervico-occipitali od epicraniche e delle cefalee. Nell'inspessimento delle doccie cervicali, si ha neuralgia o neurite cervico-brachiale e talora sintomi pseudocardialgici. I pazienti si lamentano di un dolore sordo alla regione della nuca e di dolori permanenti od intermittenti diffusi alle braccia, talora con parestesia, torpore.

I sintomi pseudocardialgici possono dar luogo ad errori di diagnosi; essi corrispondono all'irritazione delle radici del 5° e 6° paio cervicali. Il dolore aumenta con lo sforzo e la tosse e può rendere i malati preoccupati per il loro cuore.

I sintomi articolari consistono in una certa rigidità del collo e della testa. L'ampiezza dei movimenti è limitata da un certo grado di contrattura dei muscoli, risultando dal fatto che le articolazioni sono dolenti. Il paziente stenta a trovare una buona posizione per riposare nel letto e talora, si sveglia di soprassalto per il dolore derivante dal cambiamento incosciente di posizione. L'A. ha osservato la cellulite vertebrale nel 20 % dei casi di gotta e di reumatismo cronico.

Il trattamento (ad Aix-Les-Bains) consiste in applicazioni di bagni a vapore naturali al collo, seguiti da un massaggio-doccia locali. Buoni risultati si ottengono con le applicazioni di aria calda e di un abile massaggio.

fil.

La lomboartria. (Reumatismo vertebrale cronico).

Col nome di lomboartria si indica una forma del reumatismo vertebrale cronico, della quale sono stati precisati tanto il quadro clinico che quello radiologico. Conoscendo tale forma si spiega la causa di molte lombaggini e di sciatiche come anche alcuni dolori addominali, che sono trattati come appendiciti croniche.

Questa localizzazione reumatismale non ha un andamento progressivo; evoluziona a crisi con dolori d'intensità variabile e con caratteri imprecisi. Anatomo-patologicamente l'affezione è data da lesioni ossee, costituite da osteofiti delle vertebre, di forma e dimensioni variabili, ben visibili radiologicamente.

La malattia sembra più frequente di quanto si creda, tanto che Lelio O. Zeno (*Rev. Med. Latino-Amer.*, sett. 1927) nello spazio di pochi mesi ne ha riuniti 4 casi. Circa l'etiologia, l'A. pensa che il lavoro eccessivo e fatto in condizioni antiigieniche abbia la parte principale, per cui tale malattia può essere anche considerata come una malattia professionale.

La cura consiste sopratutto nella profilassi. Non conoscendo il fattore specifico, il trattamento non può essere che sintomatico, salvo ad intervenire chirurgicamente nei casi ribelli e dolorosissimi. L'A. in un caso ha eseguito l'operazione di Albee,

come se si trattasse di un morbo di Pott, con buon risultato. La diatermia non ha alcuna efficacia, come anche la cura antireumatica.

A. POZZI.

TERAPIA.

Come evitare gli inconvenienti della puntura lombare.

J. Mouzon (*La Presse médicale*, 13 ag. 1927) osserva che è anzitutto necessaria una buona tecnica, con anestesia locale per evitare la sensazione penosa e specialmente gli incidenti ed i malesseri che seguono le punture mal praticate: cefalea, rachialgia, vertigini, nausee, vomiti.

Questi incidenti sono dovuti all'ipotensione consecutiva del liquido, per scolo nello spazio epidurale dopo che si è estratto l'ago, oppure ad ipertensione (secrezione compensatrice).

Si può rimediare all'ipotensione con l'iniezione endovenosa di acqua distillata (*sic*) o l'iniezione sottocutanea del lobo posteriore dell'ipofisi, o la somministrazione di teobromina. In caso di ipertensione, si ricorrerà alle iniezioni glucosate ipertoniche ed anche all'ingestione di zucchero (100 grammi di sciroppo).

Si farà la puntura a digiuno, in posizione curva e ci si asterrà dall'aspirare con la siringa. In caso di scolo lento del liquido, ritirare rapidamente l'ago e coricare il malato sul letto, dopo avere levato il cuscino che si metterà sotto il bacino. Dopo 20 minuti, mettere il malato in decubito dorsale per 24 ore. Dopo qualche ora dalla puntura si potrà permettere l'alimentazione.

Questi consigli fanno comprendere che la puntura lombare non va fatta ambulatoriamente.

Krabbe e Wechselmann consigliano l'uso di un doppio ago, di cui l'uno, grosso, è destinato a traversare i legamenti infraspinosi e gialli e l'altro sottile, collocato nell'interno e che può oltrepassare il primo di un centimetro, è destinato a perforare la dura madre. Con questo ago i rischi sono ridotti al minimo.

fil.

Contributo ai danni della trasfusione sanguigna.

Bürkle-de la Camp (*Archiv f. klin. chir.*, volume 146, pag. 363, 1927) crede di dover attribuire alla trasfusione sanguigna alcuni versamenti sieroemorragici osservati in cinque pazienti. La trasfusione era stata praticata con tutte le regole e il sangue trasfuso era dello stesso gruppo sanguigno cui apparteneva l'individuo. I cinque pazienti osservati vennero a morte per la malattia primaria poco dopo la trasfusione e all'autopsia vennero rinvenuti modici versamenti sieroemorragici nelle cavità pleuriche. Questi, secondo l'A., vanno ascritti alla trasfusione e non alla malattia che portò a morte il paziente. Reperti anatomo-patologici esaurienti ne danno conferma.

VALDONI.

Nuovo metodo di drenaggio chiuso nell'empiema.

Soresi (*Amer. Jour. of. Surgery*, agosto 1926, p. 68) ha ideato e fatta costruire una cannula speciale per praticare un drenaggio chiuso nel caso di empiema. Egli ha già usato il metodo in 200 adulti, e 18 bimbi, ed asserisce che il metodo presenta grandi vantaggi, costituendo un perfetto drenaggio chiuso evita la penetrazione di aria, permette una rapida espansione del polmone, abbrevia il tempo di cura a 10-12 giorni.

La cannula è formata di due metà che vengono introdotte isolatamente nella ferita pleurotomica, e s'innestano fra loro. Alla parte sporgente si assicura una valvola di gomma che permette la uscita del pus e non la penetrazione dell'aria; ad essa si innesta un tubo di gomma che vuota il pus, in una bottiglia che si può assicurare al fianco per il trattamento ambulatorio. Nei bimbi è necessario resecare una costa, nei grandi ciò si può evitare. Molti pazienti han potuto abbandonare il letto il giorno consecutivo alla operazione. Quando si toglie definitivamente la cannula, resta solo una piccola cavità tra la pleura viscerale e la parietale. In questa cavità l'A. ha l'abitudine di introdurre una pasta stimolante fatta di creosoto, jodina con lanolina e burro di cocco.

L. TONELLI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sulla terapia della sifilide. Al dott. F. P. da T.:

Non si possono dare schemi per tutti i casi, anche perchè i varii trattamenti e specialmente le cure arsenobenzoliche possono avere delle controindicazioni. In presenza dell'accidente iniziale e delle manifestazioni del periodo secondario le cure endovenose col neo-salvarsan (3-4 gr. per ciclo) sono le più indicate. Ad esse si possono alternare o si devono far seguire le iniezioni di preparati indisciolti di bismuto.

Anche nei casi più favorevoli la cura dev'essere protratta per almeno tre anni con periodi di riposo fra un ciclo e l'altro. I risultati della Wassermann e lo stato generale del soggetto ci saranno di guida per una eventuale prosecuzione della cura e per la scelta dei preparati da adoperare.

V. MONTESANO.

Al dott. N. M., abb. n. 12560:

Può adoperare anche le agraphes in luogo della seta nelle suture perineali; i vantaggi sono però discutibili. Sulla tecnica più precisa può consultare con utilità il *Prontuario di Terapia Ostetrica* di P. GAIFAMI, edito dalla nostra Casa Pozzi.

Così anche per la ginecologia troverà proprio quanto lei desidera nel volume pure del prof. P. GAIFAMI: *Elementi di Ginecologia*, edito da L. Pozzi, Roma.

R.

Al dott. F. C. da Cantano:

Il *Journal of the American Medical Association* si pubblica a Chicago, Ill., S. U. d'A.: Nort Dearborn Street 535; l'abbonamento annuo importa dol. 5.

P.

All'Abb. n. 4544-1:

Il miglior trattato di Pediatria italiano è il *Trattato di Pediatria* del prof. OLIMPIO COZZOLINO. Napoli, Casa Editrice Vittorio Idelson.

Come *Manuale* ottimo è quello del prof. FLAMINI: Editore Luigi Pozzi. Questi due libri non sono certo inferiori a nessun altro straniero.

M.

All'abb. n. 11675:

Per le notizie che le interessano occorre che si rivolga al R. Istituto Centrale di statistica (Roma, via di S. Susanna).

C.

VARIA.

A proposito di nomenclatura medica.

Nel N. 5 della Sez. Pratica del *Policlinico* vedo riportato per esteso un comunicato della Camera Medica di Malta e del ramo di Malta della Associazione Medica Britannica che era stato segnalato anche da altre fonti. Esso suona giusta protesta contro l'uso ancora invalso di denominare *Febbre di Malta* quella entità clinica che fino a qualche anno fa era attribuita solo al micrococcus Brucei e che ora si tende ad ammettere possa essere sostenuta anche dal b. di Bang. E l'eminente consesso scientifico enumera tutte le ragioni per le quali è illogico ed ingiusto continuare ad usare tale denominazione geografica.

Condivido perfettamente tal modo di vedere tanto più che fin dal 1920 io ho sostenuta la medesima tesi, occupandomi dell'argomento in una monografia (*Infezione Bruceana* (*Febbre di Malta*). Tip. S. Bernardino, Siena, 1920).

Non posso condividere invece la denominazione proposta giacchè mi sembra, sia detto con sopportazione dell'Alto Consesso, non corrisponda alla corretta nomenclatura medica che troppo facilmente mi sembra affermata deficiente di norme fisse.

Una di queste è stata sempre ammessa essere quella di non denominare un quadro morboso da un suo solo sintomo, sia pur esso preponderante. Nè mi pare che gli esempi scelti a sostegno siano dei più convincenti.

Chiamare l'infezione da bacillo di Eberth-Gaffky, febbre tifosa o tifodea è un vezzo della pratica ma parimente scorretto. Non starò qui a ripetere tutte le ottime ragioni apportate dalla Camera Medica Maltese per dimostrare gli inconvenienti di seguire l'andazzo della pratica. Io penso che chiunque leggesse infezione eberthiana o bruceana, in qualunque idioma, intenderebbe la forma morbosa di cui si vuol parlare. Ed io mi permetto insistere su tale denominazione da me proposta anni sono se si vuol cambiare e sarebbe opportuno farlo. Ma cambiando, bisogna cambiare in meglio, non istituire o perpetuare una nomenclatura scorretta.

Nè a me pare che le recenti acquisizioni circa le forme cliniche dovute al b. abortus di Bang rappresentino un inconveniente per la denominazione da me proposta di *Infezione Bruceana* in quanto, qualora sarà assodato che i due germi siano due cose essenzialmente differenti, cosa che è ancora sub-iudice, si potrebbe e dovrebbe parlare di infezione bruceana nel primo caso e d'infezione banghiana nel secondo.

Mi associo di buon grado anch'io alla fiducia della Camera Medica Maltese, nella buona volontà di chi scrive di cose mediche che finalmente possano essere abbandonate le denominazioni scorrette delle forme morbose che solo una inerte tradizione passivamente continua. E credo che un'iniziativa internazionale per una corretta nosografia non sarebbe inopportuna non per pura pedanteria ma per evitare equivoci, sempre possibili e per la comune intelligenza di forme morbose già per altri lati complesse e difficili.

Prof. FRANCO D'ALESSANDRO
Direttore dell'Istituto di Anatomia Patologica dell'Ospedale Maggiore di Bergamo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Qualche parola inutile se pure coraggiosa intorno alla stampa medica.

L'assennato e brillante Pensiero Sanitario *diretto da Pietro Capasso pubblica*:

« Il grave ed assillante argomento continua ad occupare le colonne delle nostre Riviste, e le ragioni ne sono ben chiare ed evidenti se anche non enunciate. Ragione fra le ragioni: la crisi in atto.

« Frattanto mentre da una parte l'amico Nicola Castellino grida sul « Giornale d'Italia » e dall'altra la « Riforma medica » in un cospicuo editoriale lamenta l'eccessivo numero di periodici (più di 300!!) messi a sciorinare a Parma in occasione di quella mostra del giornale medico così nebulosamente conclusasi, frattanto lo sbocciò di sempre nuove effemeridi continua diuturno, insistente, inesausto, implacato. Più le difficoltà crescono, più i germogli pullulano in una eterna, olezzante, prolifica primavera cartacea.

« E l'assedio al medico in genere, al milite ignoto della medicina, continua. Dolce assedio, del resto, fra stampa gratuita, penne stilografiche e remontoirs d'oro ed altri intingoli, siano essi in generi, siano in essenza. E l'assedio continua tenace vuoi da parte delle Riviste sul serio (poverine!) vuoi da parte delle altre fabbricate oramai a tonnellate dalle case di prodotti chimici e biologici, e lanciate a guisa di lievi arabeschi o di pesanti mattoni sullo stomaco dell'oppresso medico innocente ed incolpevole.

« Il problema, dunque, per ragioni molteplicissime — ne chiediamo scusa ai preopinanti — si presenta di più che ardua soluzione radicale ed in vero difficile. Molti sono i trombi che l'ostacolano: ed alcuni di carattere piuttosto settico.

« Come andate voi ad impedire ad ogni di recente arrivato cattedratico di ogni Ateneo che egli stampi la sua brava Rivista? Come andate ad infrenare il lancio bolidesco della stampa gratuita e sovente così ben camuffata di sapere, da parte dei fabbricanti di prodotti in unione sacra con i fabbricanti di scienza più o meno ufficiale?

« Come andate a vietare che illustri, illustrissimi nomi della medicina Italiana, abbaglianti titolari di cattedre collaborino indefessamente e con sempre rinnovata lena in Riviste che Case o Consorzi di prodotti chimici o biologici mandano gratuitamente a tutti, diciamo tutti i medici d'Italia, creando in tal modo una concorrenza facilmente vittoriosa su quelle altre Riviste che costituiscono poi sul serio il nucleo della stampa medica Italiana, ma che si spediscono purtroppo a pagamento?

. . . .

« Ripetiamo: lungi da noi ogni idea di critica o di censura. Ma così eccelsi collaboratori si accorgono o non si accorgono che essi compiono, così, un banale atto di krumiraggio verso la vera stampa medica, quella che vogliamo valorizzare, quella che per impiantarsi, per vivere, per tirare innanzi, ha compiuto e compie gravi e diuturni sacrifizi oppressa com'è da una così pericolosa atmosfera?

« E quando la verità è crudamente, duramente, brevemente, questa: quando proprio coloro che dovrebbero dare appoggio, autorità, prestigio, incoraggiamento alla buona stampa (quella a pagamento) viceversa si accomodano insensibilmente, dolcemente, scivolantemente, a far da krumiri, morali o materiali a noi poco importa, allora, carissimo amico e compagno di inutili battaglie, Nicola Castellino, allora cara « Riforma Medica », convinciamoci pure che perdiamo tempo, inchiostro, carta, energie, salute, a far chiacchiere vacue e superflue su questo spinoso male che appare senza rimedii ed intorno al quale continuiamo idiotamente a fare esercitazioni a salve!

« *Piscis a capite foetet* ».

Riportiamo dal Pensiero Sanitario *questo articolo che affronta un argomento palpitante, già da noi toccato.*

Lo riportiamo, perchè crediamo non inutile insistere nella difesa del sano giornalismo medico italiano.

Questo è insidiato da molte parti: dalle vessazioni fiscali, alla stampa reclamistica. E pur troppo non riesce ad unire le proprie forze per la difesa!

L'amministrazione postale ha imposto alle riviste mediche una numerazione di pagine, che conferisce alla nostra stampa un aspetto tutt'altro che decoroso.

La stampa reclamistica, d'altra parte, tenta di sottrarre ai giornali scientifici i mezzi di mantenimento. Ed in quest'impresa è aiutata proprio da coloro che dovrebbero tenere alto il decoro della scienza.

Non disperiamo: è in gioco il prestigio nazionale, e la via di salvazione sarà trovata.

Le amministrazioni statali, quella postale in ispecie, i così detti luminari ufficiali della scien-

za italica, devono persuadersi che una stampa scientifica così vessata, così insidiata non può reggersi.

Le riviste mediche italiane si trovano già in condizioni di grave inferiorità in confronto di quelle straniere.

Quelle inglesi, americane, francesi, tedesche contano su diecine ed anche centinaia di migliaia d'abbonati.

Le nostre, anche le più accreditate, sono ben lungi da tali cospicue risorse.

Dobbiamo quest'inferiorità alla scarsa diffusione della nostra lingua, ma anche al numero eccessivo di periodici editi dà scuole, dà accademie, dà associazioni, esponenti superstiti di quel particolarismo e di quel regionalismo non ancora stroncato.

La situazione si aggraverà se si darà credito e diffusione alla stampa bottegaia.

*Ciò non deve avvenire, non avverrà: di fronte al pericolo, per il decoro della scienza, per il prestigio dell'Italia, si farà anche una volta l'*unione sacra.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Statuto modello per i Consorzi antitubercolari.

Riportiamo integralmente il testo, di cui demmo già notizia (vedi fasc. 11).

Art. 1. *Origine del Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — A termini e per gli effetti della legge 23 giugno 1927, n. 1276, è costituito il « Consorzio antitubercolare » tra la provincia di . . . . i comuni tutti che la compongono ed i seguenti enti pubblici che, nella provincia stessa, esercitano in tutto o in parte azione antitubercolare:

. . . .

. . . .

Fanno, inoltre, parte del Consorzio per averne fatta domanda:

. . . .

. . . .

Art. 2. — Gli enti pubblici che esercitano nella provincia, in tutto o in parte, azione antitubercolare conservano la loro autonomia, ma sono tenuti ad uniformarsi alle direttive del Consorzio Provinciale Antitubercolare per quanto attiene alla disciplina della azione antitubercolare nella provincia.

Art. 3. *Sede del Consorzio.* — Il Consorzio Provinciale antitubercolare ha la sua sede presso la Amministrazione provinciale in suo apposito ufficio.

Art. 4. *Scopi del Consorzio.* — Il Consorzio provinciale antitubercolare ha, giusta il disposto dell'art. 1 della legge 23 giugno 1927, n. 1276, i seguenti scopi:

a) di promuovere ed agevolare la istituzione delle opere necessarie per la lotta contro la tubercolosi sia da solo, sia in unione con altri Consorzi provinciali antitubercolari;

b) di coordinare e disciplinare, in armonico programma di azione e di propaganda, il funzionamento di tutte le opere esistenti nella provincia con tale scopo, segnalandone al Prefetto le eventuali irregolarità e manchevolezze per i provvedimenti di competenza;

c) di vegliare alla protezione e alla assistenza sanitaria e sociale dei tubercolosi, proponendo al Prefetto i provvedimenti necessari affinchè siano rivolte a loro favore le risorse delle istituzioni locali, che hanno per fine la prevenzione e la cura della tubercolosi;

d) di integrare, con i propri mezzi l'azione delle istituzioni antitubercolari, e, se del caso, di sostituirsi ad esse nella esecuzione dei provvedimenti urgenti.

Per il migliore raggiungimento dello scopo, di cui alla lettera *a*) vigila a che nella scelta del personale tecnico delle istituzioni antitubercolari della Provincia siano preferiti i medici, che abbiano titoli dimostranti specifica competenza in tisiologia ed ha facoltà di stabilire, sul proprio bilancio, borse di studio per medici delle proprie istituzioni antitubercolari e per preparare assistenti sanitarie visitatrici, a termini del R. Decreto Legge 15 agosto 1925, n. 1832, convertito nella legge 18 marzo 1926, n. 562.

Art. 5. *Rappresentanza consorziale.* — Il Presidente della Deputazione Provinciale è Presidente del Consorzio. Il Vice-presidente del Consorzio è nominato a termini dell'art. 4 della legge 23 giugno 1927, n. 1276, dal Consiglio Provinciale di Sanità.

La scelta può cadere anche su persona non facente parte nè del Consiglio stesso, nè della Rappresentanza consorziale.

Art. 6. — La rappresentanza consorziale è costituita da:

a) . . . . delegati della provincia, nominati dalla Amministrazione provinciale;

b) . . . . rappresentanti dei Comuni della provincia in ragione di . . . . per ogni contingente di . . . . abitanti, nominati dal Prefetto;

c) . . . . delegat . . . del capoluogo della provincia nominat . . . dal Padestà;

d) . . . . rappresentanti degli enti pubblici che esercitano, in tutto o in parte, nella provincia azione antitubercolare, nominati dal Prefetto e nel numero che sarà da quest'ultimo determinato.

Gli enti pubblici che si obbligano a versare un contributo annuo non inferiore a Lire . . . avranno, in ogni caso, un proprio delegato nella rappresentanza consorziale.

e) un delegato della Congregazione di Carità del Capoluogo della Provincia, qualora a sua domanda, venga a far parte del Consorzio;

f) dai rappresentanti delle istituzioni pubbliche, associazioni sindacali, associazioni private ed altri istituti ed organizzazioni che a seguito

di domanda entrino a far parte del Consorzio obbligandosi ad un contributo finanziario non inferiore a lire . . .

Faranno, inoltre, parte della rappresentanza consorziale il medico provinciale ed un membro nominato nel suo seno dal Consiglio provinciale di Sanità, nonchè il Direttore della Sede Provinciale della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, il rappresentante locale dell'Opera Nazionale per la protezione ed assistenza agli Invalidi di Guerra, il Presidente della Federazione Provinciale dell'Opera Nazionale per la protezione della maternità, dell'infanzia, ed il Presidente del Comitato locale della Croce Rossa Italiana.

Art. 7. — I componenti la rappresentanza consorziale durano in carica tre anni e possono essere riconfermati.

La perdita dell'ufficio per i membri chiamati per la carica a far parte della rappresentanza del consorzio provinciale antitubercolare trae seco quello di rappresentante del consorzio stesso.

In caso di dimissione o di perdita per qualsiasi causa della carica di componente della rappresentanza consorziale, si provvederà alla sostituzione non oltre un mese dalla vacanza.

Il nuovo nominato dura in carica per il triennio in corso.

Art. 8. *Della Giunta esecutiva del Consorzio.* — La rappresentanza consorziale nomina, nel suo seno, a maggioranza di voti ed a scrutinio segreto, una Giunta esecutiva di cinque membri, possibilmente tra i componenti residenti nel Capoluogo della Provincia.

In ogni caso uno dei cinque membri dovrà essere designato nella persona del Direttore della Sede provinciale della Cassa Nazionale delle assicurazioni sociali.

I fratelli non possono essere contemporaneamente membri della Giunta esecutiva.

Le funzioni di componente la Giunta esecutiva sono gratuite.

In caso di speciali cariche sono rimborsate le spese forzose.

Della Giunta esecutiva, oltre al Presidente e Vice-Presidente del consorzio provinciale antitubercolare, rispettivamente Presidente e Vice-Presidente della Giunta, fanno parte il medico provinciale ed il membro nominato dal Consiglio Provinciale di Sanità nel proprio seno, facente parte della rappresentanza consorziale.

Art. 9. *Mezzi finanziari.* — Il Consorzio provvede ai suoi scopi con i seguenti mezzi finanziari:

a) contributo annuo da parte di ciascun comune della provincia in ragione di almeno L. . . . per ciascun abitante del Comune stesso, calcolando dai registri anagrafici regolarmente tenuti la popolazione legale al 31 dicembre dell'anno precedente;

b) contributo annuo da parte della provincia in ragione almeno di somma uguale a quella corrisposta complessivamente da tutti i Comuni della provincia;

c) contributo annuo da parte degli enti pubblici che esercitano in tutto o in parte azione antitubercolare nella Provincia.

Detto contributo per i primi è in ragione di almeno . . . delle loro rendite patrimoniali risultanti dall'ultimo bilancio, e per gli enti che esercitano solo in parte azione antitubercolare è determinato dalla rappresentanza consorziale a norma del successivo articolo 11, tenuto conto delle rendite patrimoniali dell'Ente e dello scopo che esso persegue;

d) contributi annui da parte di altri enti o associati aderenti volontariamente al Consorzio, determinati dalla rappresentanza consorziale a norma del successivo articolo 11;

e) proventi diversi sotto forma di lasciti, donazioni, oblazioni, esito di feste di beneficenza e simili.

Art. 10. *Attribuzioni e funzionamento della rappresentanza consorziale.* — Le adunanze della rappresentanza consorziale sono ordinarie e straordinarie.

Le prime hanno luogo nei mesi di marzo e di settembre di ogni anno, le straordinarie ogni qualvolta lo richieda un bisogno urgente, sia per invito del Presidente, sia per domanda scritta e motivata di almeno..... componenti la rappresentanza consorziale, sia per ordine dell'autorità Governativa.

Nella adunanza di marzo la rappresentanza dovrà discutere ed approvare il conto consuntivo dell'esercizio precedente; in quella di settembre, oltre a procedere, ogni triennio, alla nomina dei componenti la Giunta esecutiva, deve discutere ed approvare il bilancio preventivo della spesa per l'anno seguente.

Nell'una e nell'altra sessione ordinaria delibera:

a) le eventuali proposte di modifiche allo statuto;

b) le unioni dei consorzi per la istituzione di opere antitubercolari;

c) il regolamento per la disciplina ed il funzionamento dei singoli servizi tecnici ed amministrativi;

d) il regolamento speciale per il personale del Consorzio previsto dall'articolo 6 della legge 23 giugno 1927, n. 1276, tenuto presente che l'assunzione eventuale di personale tecnico ed amministrativo deve sempre avvenire in seguito ad esperimento di pubblico concorso;

e) lo storno da una categoria all'altra delle spese stanziate in bilancio;

f) le trasformazioni e le diminuzioni del patrimonio;

g) i mutui per somme superiori a L. . . . ;

h) la creazione di istituti di cura;

i) la nomina dei revisori dei conti per l'anno successivo e dei componenti della Giunta esecutiva per vacanze verificatesi successivamente alla rinnovazione triennale di essa.

Art. 11. — Spetta alla rappresentanza consorziale di determinare il contributo finanziario degli Enti che devono far parte del Consorzio e

che esercitano nella provincia solo in parte azione antitubercolare.

Spetta, altresì, alla rappresentanza consorziale di pronunziarsi sulle domande per far parte del Consorzio e che saranno presentate dagli enti od associazioni previste dal 3° comma dell'articolo 3 della legge 23 giugno 1927, n. 1276, e di determinare contemporaneamente la misura del rispettivo contributo finanziario.

Art. 12. — Per le validità delle riunioni della rappresentanza consorziale occorre l'intervento, in prima convocazione, di almeno un terzo dei componenti la rappresentanza stessa, ed in seconda convocazione, da aver luogo dopo . . . ore, di almeno . . . . . componenti.

Per la formazione del numero legale non sono computati i componenti, che avendo interesse, non possono prendere parte alla deliberazione.

La rappresentanza consorziale è presieduta dal Presidente ed in mancanza o in caso di impedimento dal Vice-presidente del Consorzio.

Essa è convocata a mezzo di inviti scritti portanti l'ordine del giorno della riunione, da consegnarsi ai membri . . . . . giorni prima della convocazione.

In caso di riunione straordinaria detto termine è ridotto a giorni . . . . .

La rappresentanza delibera a maggioranza di voti per alzata e seduta.

Le sole deliberazioni riguardanti persone sono prese a scrutinio segreto.

Art. 13. *Attribuzioni e funzionamento della Giunta esecutiva del Consorzio.* — La Giunta esecutiva del Consorzio Provinciale Antitubercolare si riunisce ordinariamente almeno tre volte al mese, e straordinariamente tutte le volte che lo riterrà il Presidente della Giunta o l'Autorità governativa.

Alla Giunta esecutiva appartiene di:

a) fissare i giorni per le convocazioni ordinarie e straordinarie della rappresentanza consorziale;

b) erogare le somme stanziate in bilancio per le spese;

c) formare il progetto del bilancio;

d) esaminare il conto consuntivo preparato dal cassiere dell'ente;

e) nominare, sospendere e licenziare gli impiegati e salariati del Consorzio, ove questo abbia personale proprio; in conformità alle norme del regolamento speciale approvato dalla rappresentanza consorziale a termini del precedente articolo 10;

f) deliberare intorno alle azioni da sostenere o promuovere in giudizio;

g) dare pareri richiesti dalle leggi o da autorità governative;

h) deliberare, in genere, intorno a tutti gli affari riguardanti l'amministrazione del Consorzio, che non siano di competenza della rappresentanza consorziale.

Le deliberazioni sono prese a maggioranza di voti e per la validità di esse occorre l'intervento di almeno 5 dei 9 membri che la compongono.

Per la formazione del numero legale non vengono computati coloro che, avendo interesse, non possono prendere parte alla deliberazione.

Art. 14. — I membri della Giunta esecutiva che, senza giustificato motivo, non intervengono per tre volte consecutive alle sedute decadono dalla carica.

La decadenza è pronunciata dalla Giunta esecutiva stessa ed il Prefetto la può promuovere.

Art. 15. *Attribuzioni del Presidente.* — Il Presidente, ed in mancanza o in caso di impedimento, il Vice-Presidente, quale Capo del Consorzio:

a) spedisce gli avvisi per la convocazione sia della rappresentanza consorziale che della Giunta esecutiva;

b) distribuisce gli affari, sui quali la Giunta esecutiva deve deliberare, tra i membri della stessa;

c) propone le materie da trattarsi nelle adunanze della rappresentanza consorziale e della Giunta esecutiva;

d) provvede alla esecuzione delle deliberazioni della rappresentanza consorziale e della Giunta esecutiva e firma gli atti relativi agli interessi del Consorzio;

e) stipula i contratti nell'interesse del Consorzio ed assiste ai relativi incanti;

f) rappresenta il Consorzio in giudizio sia come attore che come convenuto, facendosi autorizzare dalla Giunta esecutiva, e fa gli atti conservativi dei diritti del Consorzio;

g) sovraintende a tutti gli uffici del Consorzio e può sospendere gli impiegati e salariati del Consorzio ove il Consorzio abbia personale proprio, riferendone alla Giunta esecutiva nella prima adunanza.

Art. 16. *Avvertenze e norme generali di amministrazione.* — I processi verbali delle deliberazioni sono stesi dal Segretario ed in mancanza dal più giovane per età dei componenti le adunanze e sono firmati da tutti gli intervenuti.

Quando alcuno degli intervenuti si allontani o ricusi o non possa firmare ne viene fatta menzione nel verbale.

Art. 17. — Il servizio di cassa del Consorzio è di regola disimpegnato dal tesoriere dell'Amministrazione provinciale.

Può la rappresentanza consorziale con deliberazione motivata, da approvarsi dalla Giunta provinciale amministrativa, affidare ad un cassiere proprio il servizio di cassa e di tesoreria.

In nessun caso può essere conferito al cassiere del Consorzio un compenso superiore a quello che sarebbe spettato al tesoriere dell'Amministrazione provinciale.

Art. 18. — L'incaricato del servizio di cassa, prima di assumere l'incarico, deve prestare, ove del caso, un supplemento di cauzione riconosciuta idonea dal Prefetto.

Art. 19. — Il cassiere deve rendere il conto non oltre due mesi dalla chiusura dell'esercizio, cui si riferisce.

Qualora il conto non sia presentato entro detto

termine, il Prefetto può farlo compilare di ufficio a spese del cassiere stesso.

L'anno finanziario del Consorzio va dal 1° gennaio al 31 dicembre.

Per la gestione contabile del Consorzio si seguiranno le norme della legge comunale e provinciale e del relativo regolamento.

Art. 20. — I mandati di pagamento non costituiscono titolo legale di scarico pel cassiere, se non sono muniti della firma del Presidente, del Vice-Presidente e del Segretario.

Art. 21. — Il Presidente del Consorzio, deve verificare una volta all'anno lo stato di cassa del Consorzio, nonchè la tenuta della relativa contabilità e quante volte del caso.

Della verifica saranno redatti appositi verbali, da comunicarsi in copia alla Prefettura.

Art. 22. — I beni mobili ed immobili di pertinenza del Consorzio debbono essere descritti e valutati in apposito inventario. Tale inventario deve essere tenuto sempre al corrente.

Il Presidente del Consorzio curerà la trasmissione al Prefetto di copia dell'inventario e delle successive variazioni.

Art. 23. — Per la materia non contemplata dal presente statuto si osserveranno le norme della legge comunale e provinciale e del relativo regolamento.

Gli Statuti dei Consorzi antitubercolari.

Da parte del Ministero dell'Interno sono state diramate disposizioni ai Prefetti perchè sia provveduto all'approvazione degli Statuti dei Consorzi provinciali antitubercolari e perchè di conseguenza siano costituite le rappresentanze, che secondo la legge 23 giugno 1927 attenderanno alla organizzazione e coordinazione della lotta antitubercolare, cui porterà altresì efficace ausilio la legge sull'assicurazione obbligatoria.

Il regolamento per l'assistenza all'infanzia.

È pubblicato il R. D. che approva il Regolamento per l'esecuzione del R. D. 798 sull'ordinamento del servizio di assistenza. Esso stabilisce che l'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia nell'esercizio del potere di controllo ad essa attribuito, cura che in ogni provincia il servizio di assistenza dei fanciulli illegittimi abbandonati o esposti all'abbandono, sia organizzato e si svolga in conformità della deliberazione adottata dall'amministrazione incaricata di tale servizio. L'Opera Nazionale, inoltre, accertate le condizioni delle singole provincie, determina, d'accordo con l'amministrazione provinciale, il numero delle sale di recezione da istituire in ciascuna di esse per il temporaneo ricovero degli infanti da collocare a baliatico esterno e di quelli restituiti dalle nutrici.

In caso di dissenso, l'Opera Nazionale ne riferisce al ministro per l'interno per i provvedimenti sentito il Consiglio di Stato.

Il Regolamento stabilisce poi la misura dei sussidi da corrispondere alle madri che allattano o allevano i rispettivi figli nell'interno del brefotrofio o a domicilio e la misura dei compensi da assegnare alle nutrici mercenarie e agli allevatori, nonchè il costo medio complessivo di assistenza e cura di ogni fanciullo assistito mediante il ricovero al brefotrofio. Alla assistenza dei fanciulli deve, di regola, provvedere l'Amministrazione della Provincia o quella che, in sua sostituzione, sia incaricata del servizio di assistenza dei fanciulli illegittimi abbandonati od esposti all'abbandono, salvo il rimborso della relativa spesa da parte dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia quando si tratti di fanciulli ammessi all'assistenza dopo l'entrata in vigore del decreto 8 maggio 1927 n. 798 e salva all'Opera Nazionale la facoltà di provvedere direttamente nei singoli casi per mezzo dei propri organi locali.

Nel capo secondo, relativo agli Istituti pubblici e privati di assistenza, il Regolamento stabilisce, fra l'altro, che i Brefotrofi ed in genere tutti gli istituti pubblici e privati che sotto qualsiasi denominazione provvedano all'assistenza dei fanciulli, sono sottoposti alla vigilanza dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia.

Nel capo terzo, concernente l'ammissione degli illegittimi all'assistenza, il regolamento determina che la consegna diretta dell'infante all'Istituto di assistenza o all'Ufficio all'uopo incaricato, può essere fatta dalla madre o dalla levatrice che abbia prestato l'assistenza durante il parto o da qualsiasi altra persona.

La domanda di assistenza può anche essere fatta verbalmente, all'atto della presentazione dell'infante. Il capo 4° si riferisce alle indagini per l'accertamento della maternità le quali, ai sensi dell'art. 9 del R. D. L. 8 maggio 1927 n. 798, debbono essere possibilmente compiute per mezzo d'ispettori sanitari o di apposite assistenti visitatrici di comprovata serietà e riservatezza.

Festa del fiore. Giornata di propaganda igienica ed antitubercolare.

Il Capo del Governo ha diramato una circolare in data 15 marzo, ai Prefetti del Regno, in cui, richiamato il crescente sviluppo della festa del fiore, aggiunge:

È mio fermo intendimento che per il corrente anno nessuna delle Provincie del Regno manchi all'appello, e che le cerimonie della giornata di propaganda antitubercolare e di vendita del simbolico fiore abbiano vita e diffusione maggiore, così che la filantropica e civile manifestazione di solidarietà umana e sociale contro la grave malattia venga sempre più ad affermarsi e ad estendersi, anche nei centri minori.

Alla raccolta delle oblazioni spontanee non dovrà disgiungersi una vasta ed appropriata azione di propaganda igienica, intesa ad illustrare al popolo, con le forme più varie di dimostrazione, la utilità e le alte finalità a cui mira la lotta contro la tubercolosi.

Le EE. LL. vorranno, pertanto, prendere con

sollecitudine gli opportuni accordi con i rispettivi Consorzi Provinciali Antitubercolari, affinchè questi, sia direttamente sia a mezzo di speciali Comitati, procedano fin da ora a predisporre e ad organizzare la « Festa del Fiore ».

Le somme che saranno raccolte dai Consorzi Provinciali Antitubercolari dovranno essere inscritte per intero nei bilanci dei Consorzi medesimi, e dovranno essere destinate, insieme con le entrate ordinarie, a sovvenzionare le istituzioni antitubercolari ed a facilitare il ricovero dei tubercolosi poveri negli istituti di cura.

Si raccomanda che per diminuire per quanto è possibile le spese di organizzazione, la propaganda e la raccolta delle oblazioni siano fatte mediante la volontaria prestazione da parte di filantropiche persone o di Comitati o di Enti o di Organizzazioni varie, che diano allo scopo il migliore affidamento di attività e di buona riuscita.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato medico fascista di Roma e provincia.

Si è adunato il Direttorio del Sindacato medico fascista per la trattazione di molti ed importanti problemi interessanti la classe medica. È stata, fra l'altro, riesaminata la grave questione della senseria professionale, con l'intendimento di addivenire a provvedimenti pratici i quali valgano ad infrenare oggi, e a debellare definitivamente domani, l'increscioso fenomeno che torna a disdoro di tutti i sanitari e i cui effetti deleteri sulla salute del pubblico sono evidenti. Dalla lunga ed animata discussione è risultato che al fine di perseguire il fenomeno stesso con energia e senza tregua, occorre individuare coloro che ne sono gli esponenti, denunciarli alla pubblica opinione, colpirli con ogni mezzo, specialmente di carattere morale, di cui oggi disponga il Sindacato. Ma è certo che non potrà debellarsi il fenomeno se non interverranno disposizioni di legge le quali non si limitino a vietare il sensalismo ma comminino sanzioni penali vere e proprie, ed anche gravi. A tale scopo, mentre è stata nominata una Commissione di vigilanza con l'incarico di sorvegliare e denunciare al Direttorio i colpevoli, è stato anche dato mandato al membro del Direttorio stesso, on. Perna, di rendersi iniziatore, in seno al gruppo parlamentare sanitario, di un disegno di legge col quale si stabiliscano serie sanzioni penali verso coloro che comunque si diano al sensalismo medico che sì gravemente danneggia la pubblica salute e lede la dignità del titolo professionale.

* * *

Successivamente il Direttorio ha anche deliberato di proporre alla Federazione Provinciale, come alle direttive date dalle superiori gerarchie sindacali, la espulsione di tutti gli iscritti al Sindacato che si siano resi morosi del contributo per il 1927.

* * *

Il Direttorio ha quindi portato il suo esame come da invito del Segretario del Sindacato Nazionale sull'altra grave questione della « pletora medica » e discusse le varie possibili soluzioni che si presentano e che sono state già da tempo ventilate, quali la chiusura dell'Albo e la limitazione del numero delle iscrizioni universitarie. Dall'alta discussione seguita è parso che nè l'uno nè l'altro provvedimento di per sè, potrebbe dare favorevoli risultati senza provocare seri inconvenienti. Il Direttorio ha fermato invece la propria attenzione sulla possibilità di non ammettere senz'altro alla facoltà medica tutti i liceisti che abbiano superato l'anno di maturità, ma soltanto coloro o che riescano idonei ad un esame speciale cui dovrebbero essere sottoposti o che abbiano riportato in quella maturità voti non inferiori ad un minimo da prestabilirsi, in alcune discipline; si tratterebbe perciò non di limitazione delle iscrizioni ma di selezione degli iscrivendi: e a nessuno può sfuggire la importanza grandissima della proposta, ai fini di avere nell'Università elementi tutti attivi i quali saranno seri, colti eletti medici del domani. La questione ne coinvolge altre, quali il sussidio da dare ai giovani prescelti cui manchino i mezzi per la lunga carriera degli studi universitari. Ma il Direttorio ritiene che, con la ferma volontà con cui si attuano tutte le iniziative fasciste, possa anche qui riuscirsi allo scopo; a tal fine ha fatto presente la proposta al Sindacato Nazionale dichiarando di tenersi a disposizione per l'ulteriore studio della stessa, e domandando che, frattanto, si cerchi di ottenere che persona competente nelle varie questioni che quelle prospettate coinvolge entri a far parte della Commissione per la riforma degli studi universitari.

Anche il problema della « Casa di riposo per il medico » è stato ampiamente discusso. Esso non poteva lasciare insensibile il Sindacato che è spesso testimone del vero stato di indigenza cui sono ridotti non pochi sanitari inabili, per età, per malattia, a proficuo lavoro. Occorre che le varie energie disperse in provvidenze autonome ciascuna delle quali non riesce allo scopo, siano raggruppate e fuse: molte sono le istituzioni sparse in Italia, a favore del medico, i cui mezzi oggi inefficaci, lo sarebbero domani quando fossero riuniti in un'unica iniziativa. Il Direttorio assumerà dati di fatto e notizie concrete sulla efficienza di tali istituzioni e quindi proporrà al Sindacato Nazionale di preparare la riscossione dei mezzi e la fondazione in Roma della « Casa di Riposo del Medico » la quale con i soli propri mezzi, potrà dare un dignitoso albergo e serena tranquillità ai colleghi non più in grado di vivere con il loro lavoro.

Sottoscrizione per gli orfani dei medici morti in guerra.

Croce Rossa Italiana, L. 5000; Comm. A. Bernabei (Roma), per onor. la memoria del Gen. Med. prof. Memmo, L. 5000; Cav. Achilli (Roma), id.

id., L. 3000; Dott. Lorenzo Verney (Roma), id. id., L. 50; Dott. Giacinto Folco (Torino), L. 50; Dott. Giuseppe Barco (S. Salvatore Monferrato), L. 50; Dott. G. Wassermann (Milano), L. 50; Dott. C. Bergonzi (Legnano), L. 40; Dott. L. Parodi (Milanino), L. 50; Dott. P. Riberi (Saluzzo), L. 40; Dott. L. Vigliardi (Pinerolo), L. 10; Dott. C. Tirozzo (Varallo Sesia), L. 40; Col. med. Cusani M. (Torino), L. 40; Dott. C. Pezzini (Soresina), L. 20; Dott. Agostini O. (Milano), L. 50; Dott. B. Fumagalli (Legnano), L. 50; Dott. Lanza G. (Cuneo), L. 10; Dott. M. L. R. S. Menko (Amsterdam), L. 100; Prof. L. Silvagni (Bologna), L. 10. Totale L. 13,660.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALBANO LAZIALE (*Roma*). — Scad. 30 apr.; uff. san. con Genzano e Ariccia; L. 12,000 e 5 quadrienni dec., L. 500 indenn. missione ogni Comune aggregato al Capo consorzio; trasp.; divieto eserc. profess.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,20. Rivolgersi R. Prefettura di Roma.

AMELIA (*Terni*). — Scad. 20 apr.; 2 cond.; lire 8000, oltre L. 600 serv. att., c.-v., 5 sessenni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Cercasi assistente laureato di recente; stip. L. 4400 lorde, alloggio, vitto tutti i giorni o equivalente in danaro. Per informazioni rivolgersi alla Direzione Sanitaria.

BAGNO DI ROMAGNA (*Forlì*). — Scad. 30 apr.; due cond.; L. 11,000 e 10 bienni ventes., L. 4000 cavalc., età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

BASCHI (*Perugia*). — A tutto 30 apr.; capoluogo; L. 9000 per 1000 pov. e addizionale L. 2; sei sessenni dec.; L. 600 serv. att.; c.-v.; L. 500 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 10 mar.

BRESCIA. *Spedali Civili.* — Primario anatomopatologo; proroga 20 apr., ore 16.

BRISIGHELLA (*Ravenna*). — Al 25 apr.; due condotte; L. 8500 oltre L. 2500 e L. 3000 trasp.; c.-v.; chied. annunzio.

CALTANISSETTA. *Amministraz. della Provincia.* — Direttore e assistente Sez. chimica e assistente Sez. micrografica del Laborat. d'igiene e profilassi; rispett. stip. L. 11,600 elevabile in 12 anni a L. 13,700, e L. 7000 elevabile in 10 anni a lire 9500; supplem. serv. att. L. 2800 e L. 1700. Scad. 10 mag.

CARPI. *Ospedale Ramazzini.* — Medico chirurgo aiuto; L. 7500, c.-v., 10 % dello stip. quale quota integrativa, 10 % atti operativi a pagam. Scad. ore 18 del 30 apr. Età mass. 35 a. Docum. a 3 mesi dal 31 mar. Nomina e conferma biennali. Serv. entro 15 gg. Rivolgersi Congregazione di Carità.

CERIGNALE (*Piacenza*). — Consor. con Corte Brugnatella; ab. 2152; L. 11,000 oltre L. 2100 integrative (salvo riduzioni), L. 4200 cavalc., L. 500 uff. san. Abit. 2000 c. Scad. 26 apr.

CITTADUCALE (*Rieti*). — Scad. 30 apr.; 2ª cond.; L. 9500 e 4 quadrienni dec. oltre L. 3000 trasp.; c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Uff. sanitari per S. Giovanni in Fiore, consor. Verbicaro e consor. Grimaldi; titoli ed esami; tassa L. 50,20; scad 28 apr.

CUNEO. — Ufficiale sanitario direttore Ufficio d'Igiene; stip. L. 13,000 oltre L. 1000 indennità serv. attivo e indennità caroviveri. Scad. 15 maggio. Informazioni presso R. Prefettura.

FOGGIA. *Amministraz. Provinc.* — Al 30 apr., ore 12, direttore della Sez. Medico-micrograf. nel Laborat. Provinc. d'igiene e profilassi; stip. lire 14,000 e indenn. serv. att. L. 1500; due assistenti, nella Sez. suddetta e nella Sez. chimica; stip. lire 9000 e indenn. serv. att. L. 1350; c.-v. per tutti. Titoli ed esami. Sono anche disponibili 1 posto di applicato registratore, 2 di preparatori e 3 di vigili sanitarî. Rivolgersi alla Segreteria.

FOLLINA (*Treviso*). — Scad. 23 apr., ore 18; L. 8000 pei pov., L. 600 uff. san., c.-v., trasp., alloggio. Rivolgersi Podestà.

FONTANELLE (*Treviso*). — A tutto 22 apr.; ab. 6771; L. 8000 per i poveri (iscritti 772) e 5 quinquenni dec.; trasp. L. 3500 variab.; uff. san. L. 800; c.-v.; età lim. 40 a.; docum. non anter. 1º gen.; tassa L. 50.

FORLÌ. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Cesena; L. 14,800 e 10 bienni ventes. oltre L. 7500 serv. att., non c.-v.; ab. 54,076; ha. 24,585; divieto libero eserc.; scad. 5 mag.; età lim. 45 a.; tassa L. 50 al Tesoriere provinc. Chiedere ann.

IMPERIA. *Amministraz. Provinc.* — Medico batteriologo del Laborat. micrografico; L. 11,600 aumentabili a L. 16,000 oltre L. 2800 serv. att. aumentabili a L. 3500; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50. Scad. 30 apr.

MIRABELLA IMBACCARI (*Catania*). — Scad. 30 apr. L. 9000 e 4 quinquenni decimo. Tassa L. 100.

MONTEFANO (*Macerata*). — Scad. 30 apr.; lire 8000 oltre L. 800 uff. san., L. 2500 cavalc., c.-v., 3 quadrienni dec.

MONTORIO AL VOMANO (*Teramo*). — A tutto 27 apr.; ha. 4490 di cui 3/4 in collina; L. 6700 (*sic*) e 4 quadrienni di L. 500, oltre L. 2400 cavalc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15; doc. a 3 mesi dal 28 mar.

NAPOLI. *Municipio* (IX Divisione). — Secondo coadiutore e medico assistente al Laboratorio medico-micrografico e 3 chimici assistenti al Labor. chimico; titoli ed esami; L. 8000 pel 1º posto, L. 6500 per gli altri, c.-v., 10 % proventi, due decimi quinquennali; tassa L. 50,10. Chied. avviso. Scad. ore 17 del 25 apr. Docum. alla Segreteria della Direzione d'Igiene, Palazzo S. Giacomo, Piazza del Municipio.

NIBBIOLA (*Novara*). — Al 30 apr.; L. 8000 e addizionale L. 4 oltre i 300 iscritti; 5 quinq. dec.

NUORO. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. med.-microgr.; stip. L. 15,000, indenn. serv. att. L. 3000. Assistente detta; L. 12,000 e L. 2000. Coadiutore Sez. chim.; L. 14,000 e lire 2000. Scad. ore 18 del 30 apr.

NUORO. *R. Prefettura.* — Uff. san. e capo ufficio d'igiene capoluogo; a ore 18 del 20 mag.; titoli ed esami; L. 12,000 oltre L. 2800 serv. att. e c.-v. Domande all'Ufficio Sanit. Provinc.

PIOMBINO. *Ospedale Vittorio Em. III.* — Medico primario; L. 12,000 e 5 quadrienni dec., c.-v., compartecipaz. proventi, eserc. libero compatibilm. con le esigenze del servizio ecc.; età lim. 40 a.; docum. anter. al 30 gen. Chiedere bando. Rivolgersi Congregaz. di Carità.

POGGIO CATINO (*Rieti*). — Al 19 apr.; L. 10,500 oltre L. 255 c.-v., L. 1500 cavalc.

PRATO IN VENOSTA (*Trento*). — Scad. 20 apr.; consor. 3 comuni; L. 8500 e 5 quadrienni dec. oltre L. 1400 indenn. abitaz.; L. 850 uff. san., L. 1275 arm. farm. (finchè esiste); L. 1.50 a Km. indennità di via; tassa L. 50.20.

REGGIO CAL. *Amministr. Provinc.* — Direttore e due assistenti per la Sezione med.-microgr.; detti per la Sez. chim.; stip. L. 13,700 aumentabile a 16,000 e L. 11,600 aumentab. a 13,700, oltre L. 3500 e 2800 serv. att. Rivolgersi Segreteria. Scad. 4 mag.

ROCCAMASSIMA (*Roma*). — Al 30 apr.; L. 10,500 oltre L. 600 trasp., L. 400 c.-v.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Due aiuti radiologi ed un aiuto patologo; scad. ore 16 del 30 apr.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; esami e titoli; L. 7300 e c.-v.; chiedere annunzio.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Tredici tenenti medici in servizio permanente nel Corpo sanitario militare marittimo; scad. 20 apr.; vedi fasc. 8.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Concorso per esami a 34 posti di medico provinciale aggiunto di 2a classe dell'Amministrazione della sanità pubblica. Scad. 8 mag. Vedi fasc. 14.

Detto, a tre posti di medico provinciale aggiunto di 2a classe. Scad. 6 mag. Vedi fasc. 14.

Concorso ad un posto di assistente medico nel Laboratorio di micrografia e batteriologia della Direzione generale della sanità pubblica. Scad. 13 mag. Vedi fasc. 14.

S. BARTOLOMEO IN GALDO (*Benevento*). — Ufficiale sanitario; L. 5000; titoli ed esame. Scad. 6 maggio. Rivolgersi R. Prefettura di Benevento.

SANTHIÀ (*Vercelli*). — A tutto il 15 maggio ufficiale sanitario; v. fasc. 12.

SANTU LUSSURGIU (*Cagliari*). — Ab. 4500; altit. 600 m.; L. 9000 iniziali più L. 1000 uff. san. Scad. 30 apr.

S. ZENONE DEGLI EZZELINI (*Treviso*). — Scad. 10 mag., ore 19; L. 8000 per 1000 pov., addizion. L. 5, se uff. san. L. 600, c.-v., L. 3500 trasp.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10; serv. entro un mese (2 mesi se il titolare presta serv. in altra cond.). Doc. anter. 5 apr.

TIVOLI (*Roma*). — Al 10 mag. uff. san. e direz. ufficio d'igiene; titoli ed esami; L. 12,000 e 5 quadrienni dec. Rivolgersi R. Prefettura di Roma.

TREIA (*Macerata*). — A tutto 30 apr.; condotta B; stip. L. 8800 e 3 quadrienni dec., c.-v., ricostruzione carriera, trasp. L. 800-2500; età lim. 24-40 a.; tassa L. 50.15; ab. 1000 agglom., 2300 sparsi. 550 pov.

TREVISO. *Amministraz. Provinciale.* — Direttore della Sezione medica-micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e di Profilassi; prorogato a tutto il 15 maggio.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Assistente straordinario; L. 3915 per i celibi e L. 4275 per gli ammogliati; titoli ed esami; tassa L. 50; età lim. 30 a.; nom. annua; eventual. passaggio a ordinario.

VITERBO (*Roma*). *Ospedal Grande degli Infermi.* — A tutto 30 apr.; 3 assistenti; L. 7000 oltre c.-v. di L. 840 se coniugati o vedovi con prole; età lim. 30 a.; doc. a 3 mesi dal 27 mar.; serv. entro 10 gg.; guardie a turno (con camera e vitto).

VOLTERRA (*Pisa*). — Al 30 apr., ore 18; ab. 8161; iscritti 300 c.; L. 9500 per 700 pov.; addizion. L. 3; c.-v. se ammogliato o vedovo con prole inferiore a 18 a.; trasp. L. 1750; quadrienni dec. fino a L. 14,250; età lim. 40 a.; dichiaraz. politica del Podestà; tassa L. 50.15; doc. a 3 mesi dal 30 mar.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Wilhelm von Gaza, di clinica chirurgica a Gottinga, è chiamato all'Università di Rostock.

Il prof. Emil Abderhalden, di fisiologia ad Halle, è nominato membro onorario della Società Fisiologica Cinese di Pechino.

Il dott. F. Pedotti, assistente del prof. De Quervain alla Clinica chirurgica di Berna, è nominato chirurgo primario nell'Ospedale Cantonale di Lugano.

NOTIZIE DIVERSE.

Scuola Superiore di Malariologia.

La scuola, che ebbe lusinghiero successo nel suo primo anno, manterrà la ripartizione in due sezioni, una medica, l'altra tecnico-economica cioè per ingegneri ed agrari.

La sezione medica avrà un corso « preparatorio » e un corso « di applicazione ».

Sono ammessi a frequentare la Scuola cittadini italiani e stranieri.

Alla sezione medica possono essere ammessi: *a*) i laureati in Medicina e Chirurgia; *b*) gli studenti dell'ultimo corso di Medicina e Chirurgia.

Alla sezione tecnico-economica possono essere ammessi: *a*) gli abilitati alla professione di ingegnere; *b*) gli studenti dell'ultimo corso di Ingegneria, nonchè coloro che hanno compiuto gli studi relativi; *c*) i laureati in Agraria; *d*) gli studenti dell'ultimo corso delle Scuole Superiori di Agricoltura.

Potranno inoltre essere ammessi alle singole due sezioni altri aspiranti che, a giudizio del Direttore della Scuola, abbiano la preparazione necessaria per seguire utilmente i corsi.

Per essere ammessi ai corsi gli aspiranti devono presentare entro il 1° giugno:

1) Una domanda in carta bollata da due lire diretta al direttore della Scuola, specificando a quale sezione l'allievo desidera essere iscritto e la sua residenza.

2) I titoli di studio (laurea o certificati che attestino gli studi compiuti) e altri documenti che l'allievo ritenga utile produrre per dimostrare la sua cultura.

Gli allievi esteri possono essere iscritti anche a mezzo di semplice lettera del Rappresentante ufficiale della loro Nazione presso il Governo Italiano, diretta al direttore della Scuola, dalla quale risulti il nome, il cognome, la paternità, l'anno di nascita, la residenza e i titoli dell'allievo, specificando per questi ultimi quando furono conseguiti e da chi e quando furono rilasciati.

Qualora gli aspiranti fossero in numero eccessivo, la Direzione potrà accettare o respingere le domande degli ammittendi, tenendo conto oltre che del giorno di presentazione della domanda stessa, dei titoli dell'allievo. Il giudizio della Direzione è definitivo e insindacabile.

Alla fine del periodo di insegnamento gli allievi possono ottenere un certificato di frequenza o il diploma di esame (art. 8 del Regolamento).

Gli allievi per ottenere il certificato di frequenza devono aver frequentato almeno i due terzi delle lezioni di ogni singola materia delle rispettive sezioni, tutte le esercitazioni pratiche, e in queste essere dichiarati idonei, e avere partecipato con assiduità alle escursioni (art. 9 del Regolamento).

Gli allievi che desiderano conseguire il Diploma devono avere i requisiti di cui al precedente articolo e sostenere gli esami della rispettiva sezione.

Per ogni sezione vi saranno due prove orali; una d'indole biologica e l'altra d'indole tecnica (art. 10 del Regolamento).

Gli allievi idonei saranno classificati in « buono » e « ottimo ».

Il giudizio figurerà sul diploma.

La tassa d'iscrizione ai corsi di ogni sezione è di L. 300 per ogni allievo e darà diritto, oltre alle esercitazioni pratiche, al viaggio gratuito nelle gite di istruzione, e a tutte quelle facilitazioni che la Direzione riterrà utile accordare — compatibilmente con la disponibilità di bilancio — per favorire i viaggi degli allievi (art. 14 del Regolamento).

La tassa del certificato di frequenza è di L. 50 e quella del diploma di esame è di L. 100 (art. 16 del Regolamento).

Sono istituite (come previsto dall'art. 9 del R. D. 8 maggio 1927) N. 4 Borse di studio di lire 5,000 (cinquemila) ciascuna: due per la Sezione medica e due per la Sezione tecnico-economica.

Dette borse di studio saranno concesse dalla Scuola superiore per un periodo di perfezionamento, ultimati i corsi, a quattro allievi italiani o stranieri che abbiano frequentato la Scuola nell'anno 1927 o 1928 e che negli esami siano stati dichiarati ottimi.

Gli allievi per concorrere dovranno presentare domanda al direttore della Scuola non più tardi del 15 agosto 1928, allegando un programma particolareggiato di studi o di ricerche da compiersi presso un Istituto scientifico o presso una Stazione antimalarica o Azienda di bonifiche del Regno.

La Direzione della Scuola assegnerà dette borse di studio in base ai programmi migliori, stabilendo la sede e tutte le modalità con cui le ricerche dovranno essere compiute.

L'importo delle Borse di studio sarà corrisposto all'allievo per metà anticipato, per metà dopo il giudizio favorevole della Direzione della Scuola sopra il lavoro presentato.

L'Istituto Nazionale Vittorio Emanuele III per il cancro in Milano.

Questo Istituto, dovuto all'operosa iniziativa del sen. Luigi Mangiagalli, entrerà presto in funzione.

I fondi raccolti per la fondazione dell'Istituto raggiunsero, in pochi mesi, circa 10 milioni di lire. Dalla posa della prima pietra, fatta dal Sovrano nella primavera del 1925, sono trascorsi poco più di tre anni.

L'Istituto sorge presso la Città degli Studî, in un'area di 100×120 m., su progetto dell'ing. Ferrini e dell'arch. Monticelli. Consta di sei edifizi, collegati da gallerie nei sotterranei e nel piano terreno.

Un grande edificio ospita le sale del Consiglio e della Presidenza, i servizi amministrativi, la biblioteca, la direzione generale, con annesso laboratorio scientifico, le sezioni di biochimica, di anatomo-patologia e di statistica e propaganda, la redazione di « Tumori ».

Altri due edifizi principali sono riservati ai ser-

vizi ospedalieri, rispettivamente per uomini e per donne, capaci di 500 letti complessivamente; ne fa parte una sezione ostetrico-ginecologica. Tre costruzioni minori formano i servizi chirurgici, quelli per i raggi X e per il radium.

La direzione generale è affidata al prof. Gaetano Fichera, titolare della cattedra di patologia chirurgica a Pavia, ben noto per i suoi studî sui tumori. La Sezione anatomo-patologica sarà diretta dal prof. Alberto Pepere; quella biochimica dal prof. Piero Rondoni; quella radiologica dal prof. Felice Perussia; quella ostetrico-ginecologica dal prof. Emilio Alfieri. La Sezione radiologica costituisce anche l'Istituto universitario di radiologia.

Istituto per l'anatomia del cervello.

Il prof. Alfons Jakob, libero docente di psichiatria ad Amburgo, è stato chiamato dal Governo del Brasile, per i mesi di maggio, giugno e luglio 1928, a organizzare in Rio de Janeiro un Istituto per l'anatomia del cervello ed a tenere delle conferenze sulla patologia nervosa e mentale.

Congresso di dermosifilografia.

Come avevamo annunziato, si è tenuto in questi giorni a Roma l'annuale Congresso della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia. Ne daremo prossimamente un resoconto.

Corsi di perfezionamento.

Presso gl'Istituti Ospedalieri di Milano si terranno corsi speciali di tecniche diagnostiche e terapeutiche dal 23 aprile al 23 maggio. Gl'insegnamenti comprendono:

Elettrocardiografia, Sfigmoflebocardiografia, Oscillometria ed Oscillografia, Ortodiografia del cuore e dei grossi vasi: Divisione Sforza Bianca Maria, diretta dal primario prof. V. Ronchetti.

Chimica clinica: Divisione Sforza Bianca Maria, diretta dal primario prof. V. Ronchetti.

Tecnica Roentgenologica, Roentgendiagnostica, Roentgenterapica: Sezione Radiologica, dirigente dott. Sessa.

Fotoradioterapia: Sezione Fotoradioterapica, Via Pace, 9, dirigente dott. E. Viganò.

Istologia patologica: Istituto di Anatomia patologica; prof. C. Zenoni.

Batteriologia e Microscopia: Istituto di Anatomia patologica; dott. A. Macchi e dott. Orlandi Noel.

Rivolgersi al direttore sanitario degli Istituti Ospedalieri, prof. E. Ronzani.

Corsi complementari d'igiene.

Avranno luogo presso l'Istituto d'Igiene della R. Università di Bari durante il trimestre maggio-luglio (tasse complessive L. 550) e presso l'Istituto d'Igiene della R. Università di Palermo durante il bimestre 20 aprile-19 maggio (tassa L. 300 e diritti di segreteria).

Per le Colonie marine.

Il Segretario del Partito Nazionale Fascista on. Turati ha diramato ai Segretari Federali disposizioni circa l'organizzazione delle colonie montane e marine. Secondo tali disposizioni le Segreterie federali dovranno provvedere direttamente alla organizzazione delle colonie, poichè l'Opera Maternità e Infanzia è stata incaricata quest'anno di nuove funzioni. Per assicurare il più grande successo alle colonie, l'organizzazione dovrà procedere accurata e sollecita ed il Partito dovrà avocare a sè tutte le iniziative del genere, evitando dispersione di energie e di mezzi. I Gruppi femminili cureranno l'organizzazione delle colonie, sia marine che montane, che anche quest'anno, dovranno essere numerose. Il Segretario del Partito ha disposto che al più presto si inizi il funzionamento delle Commissioni Sanitarie presso ogni Federazione. Dette Commissioni devono affiancare l'opera di assistenza del popolo, che è perseguita da Gruppi femminili.

La Colonia per tubercolotici di guerra ceduta alla Cassa di Assicurazioni Sociali.

L'O. N. Invalidi di guerra, ottenuta la approvazione della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha ceduto, con atto 31 marzo 1928, la Colonia lavorativa per tubercolosi, alla Cassa Nazionale Assicurazioni sociali che l'amplierà ai fini assegnatigli dalla legge 27 ottobre 1923 per l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi; l'Opera Nazionale Invalidi di guerra conserva il diritto ai posti di ricovero per gli invalidi di guerra.

Contro la tubercolosi.

In questi giorni sono stati intensificati gli studi per la formulazione delle norme regolamentari, intese a dare applicazione alla legge sulle assicurazioni obbligatorie contro la tubercolosi. Della nuova forma assistenziale realizzata dal Governo fascista beneficieranno sensibilmente le classi operaie. Dalla Confederazione dell'Industria è stata inviata in proposito agli organi dipendenti una circolare in cui è detto che, in considerazione delle importanti funzioni demandate ai consorzi, e dei fini nobilissimi che ad essi ha assegnato la sollecitudine del Governo Nazionale, si sta esaminando la possibilità di partecipazione nella più larga forma delle organizzazioni confederate ai consorzi stessi.

Per la cura del cancro.

L'offerta di un premio di 100,000 dol., stanziata da William Lawrence Saunders per una cura del cancro, ha fatto affluire 3158 domande fino al 1° febbraio 1928, epoca a cui venne prorogata la scadenza del concorso.

Le proposte verranno esaminate con cura e spassionatamente da una commissione di cinque membri, per accertare se alcune di esse non contengano elementi utili o non traccino nuove vie alla

cura del cancro. Il concorso è fatto sotto gli auspici della Società Americana per la Lotta Anticancerosa, diretta dal dott. George A. Soper.

Contro la tubercolosi e contro il cancro.

Il giornalista Frederick G. Bonfils, della « Post » di Denver, ha elargito 500,000 dol., pari a circa 8 milioni di lire it., da dividere in parti uguali per premiare chi troverà una cura efficace della tubercolosi e del cancro. L'efficacia dev'essere accertata col concorso delle migliori scuole mediche e dei migliori ospedali.

Munifiche donazioni.

È stato compiuto in questi giorni a favore dell'Opera per la protezione della Maternità e dell'Infanzia un atto di vera ed illuminata munificenza che merita d'essere segnalato.

Il dott. Luigi Pisa ha donato all'Opera il grande « Istituto senatore Ugo Pisa » in Marina di Massa, da lui fatto costruire per onorare la memoria del compianto suo padre, che fu in Senato relatore della legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli e fondò in Milano la prima Casa di Maternità.

La proprietà, che ha un valore di parecchi milioni, si estende su un fronte di mezzo chilometro e su una profondità di oltre trecento metri, a pochi passi dal mare, e comprende due bellissime pinete ed un fontaneto oltre a larghi appezzamenti tenuti a prato e coltivati. L'Istituto che sorge al cenro della tenuta è costruito secondo la più perfetta e moderna tecnica assistenziale ed è attrezzato in modo da poter accogliere oltre duecento fanciulli minati dalla tubercolosi delle ossa, delle glandole e delle sierose, che sono forme così frequenti nell'infanzia e nell'adolescenza.

Ha completata la munifica elargizione il prof. Camillo Hajech, il quale, a sua volta, ha donato il « Padiglione Camillo e Lina Hajech », costruito nei pressi dell'Istituto Pisa. L'Opera Nazionale per la Maternità e per l'Infanzia si trova così a possedere uno stabilimento tra i più belli e completi d'Italia, che le permetterà di adempiere con larghezza e con amore ai compiti di assistenza che le assegna la legge.

L'atto di donazione, compiuto con l'adesione dell'Opera Pia per gli scrofolosi poveri di Milano e della Croce Rossa Italiana, interessate nella donazione, venne solennemente stipulato nei giorni scorsi a ministero del notaio comm. Francesco Stame, il quale da sua parte ha rinunziato a favore dell'Opera ad ogni suo onorario.

*
* *

Il senatore Teresio Borsalino ha messo a disposizione del Consorzio antitubercolare provinciale di Alessandria la cospicua somma di tre milioni allo scopo di integrare i mezzi occorrenti per la sollecita istituzione del progettato tubercolosario interprovinciale.

Conferenza del prof. Dalla Vedova alla Cassa Nazionale Infortuni.

Il prof. Riccardo Dalla Vedova, della R. Università di Roma, nel salone della Biblioteca della Cassa Nazionale Infortuni, ai medici ed agli studenti in medicina partecipanti al Corso teorico-pratico di perfezionamento in infortunistica promosso dall'Amministrazione della stessa Cassa, ha tenuto una dotta e chiara conferenza, illustrando il suo assunto che « il grado della invalidità del motuleso non trova sempre corrispondenza nella fisiologia patologica delle lesioni primitive determinate dal trauma ».

L'oratore ha trattato il tema con ricchezza di argomentazioni scientifiche di grande valore e con il corredo di una interessante casistica, avvincendo l'attenzione dell'uditorio cui la parola del maestro ha prospettato tutti gli elementi dei quali il medico deve tener conto nel vagliare le lesioni traumatiche dell'apparecchio del movimento.

Ha insistito sul concetto della indispensabilità che il medico additi a chi è responsabile della organizzazione assistenziale la necesità che il « motuleso » trovi preparate adeguate provvidenze non soltanto agli effetti delle indicazioni vitali e di urgenza, ma anche e specialmente agli effetti delle indicazioni ortomorfiche e funzionali, perchè queste dal punto di vista sociale non hanno certamente minore importanza di quelle.

Il prof. Dalla Vedova alla fine della sua conferenza è stato salutato da una calda ovazione ed ha ricevuto vivi complimenti dalle personalità presenti.

Il prof. Rejchman.

Nei giorni scorsi il dott. Rejchman, professore di igiene nell'Università di Varsavia e direttore della Sezione d'igiene della Società delle Nazioni, ha visitato la organizzazione del servizio antimalarico e antitubercolare del Governatorato per preordinare una più dettagliata visita che tutti i rappresentanti dell'igiene delle varie Nazioni faranno nel prossimo settembre.

Una importante visita alla Clinica delle Malattie professionali.

Accompagnato dal Consiglio degli Istituti Clinici di Perfezionamento, il comm. Arnaldo Mussolini ha ripetuto alla Clinica del Lavoro di Milano, la visita che aveva fatto cinque anni or sono, ammirando ancora questa Istituzione, che è tenuta in alto conto tanto dagli operai che vi accedono, quanto dagli studiosi, sì nazionali che stranieri, anche pel fatto che non sono poche le famiglie operaie che si presentano per visite di semplice controllo, dimostrando di apprezzare il valore della salute, per la quale vengono assicurati e sempre gratuitamente.

Consegna del Premio Baccelli.

Il Rettore della R. Università di Pavia, prof. Ottorino Rossi, ha consegnato, per incarico del

Rettore dell'Università Romana, la medaglia d'oro del premio Baccelli per il 1927 al prof. Giovanni Galli, che ha tenuto un corso speciale di cardiologia nell'Ateneo pavese.

Nuovi periodici medici.

Hanno iniziato le pubblicazioni due periodici tedeschi: « Der Nervenarzt », mensile, diretto da Beringer, Mayer-Gros e Strauss e edito da J. Springer di Berlino; « Endokrinologie, Zentralblatt für das Gebiet der inneren Sekretion und Konstitusions-forschung », mensile, diretto da Ascher di Berna e Biedl di Praga, redatto da Günther di Lipsia, edito da J. A. Barth di Lipsia.

Controllo dei medicinali antisifilitici in Francia.

Su domanda del Ministero incaricato dell'Igiene pubblica, è stato creato, presso l'Accademia di Medicina di Parigi, un Servizio di controllo dei medicamenti antisifilitici utilizzati nei dispensarî antivenerei dipendenti dai Servizi pubblici. Il controllo viene esercitato da un Laboratorio di chimica e da uno di fisiologia. Il funzionamento dei Laboratori è sorvegliato da una Commissione permanente. I fondi necessarî sono forniti dal Ministero.

L'Accademia, in Comitato segreto, nella seduta del 6 marzo, ha nominato i proff. Blanchetière e Charles Richet figlio, direttori rispettivamente del Laboratorio chimico e di quello fisiologico.

Provvedimento sanitario chiesto in Inghilterra.

Si legge nel « Daily Telegraph » che il Municipio di Edimburgo ha fatto presentare alla Camera dei Comuni dai rappresentanti della città un progetto di legge per rendere obbligatoria la cura delle malattie celtiche. I magistrati di polizia dovrebbero essere autorizzati ad emanare ordinanze, in virtù delle quali i malati — la denuncia da parte dei medici sarebbe obbligatoria — potrebbero essere legalmente detenuti in un ospedale fino alla guarigione. Il procedimento sarebbe segreto e le spese di cura a carico delle municipalità.

Ordine delle precedenze nelle funzioni pubbliche.

Con R. Decreto 16 dic. 1919, n. 2210, è stabilito il nuovo ordine delle precedenze a Corte e nelle funzioni pubbliche. Tutti gli aventi cariche e dignità nello Stato sono elencati in categorie e classi; le categorie sono 13 e comprendono 201 classi. I personaggi compresi nelle prime quattro categorie rivestono la dignità di Grandi Ufficiali dello Stato e hanno il titolo di Eccellenza. Nessun accademico o professore universitario, come tale, fa parte di queste categorie; gli Accademici d'Italia (non ancora nominati) rientrano nella 5ª categoria; i rettori, direttori e professori stabili delle Università e Istituti equiparati rientrano nella 6ª. I medici assistenti dei Manicomi giudiziari chiudono l'immenso corteo, prendendo posto nella 13ª categoria.

In memoria di due benemeriti.

Il Ministero degli Interni ha assegnato la medaglia d'oro di benemerenza della sanità pubblica alla memoria dei proff. Alfonso Montefusco e Giacomo Corselli, in riconoscimento dell'opera svolta durante l'epidemia di tifo esantematico manifestatasi a Napoli dal febbraio all'aprile 1926.

Einstein violinista.

Il celebre autore della teoria della relatività figurava recentemente nel programma di una *matinée* di beneficenza a favore di vecchi israeliti. Si supponeva che avrebbe tenuto una conferneza e il richiamo di pubblico fu enorme. Con sorpresa generale, egli apparve sulla scena con un violino ed eseguì magnifici e difficili pezzi di Beethoven e di Schubert. Il successo del nuovo artista fu senza precedenti; egli venne festeggiato con calorosissime ovazioni.

Il 24 marzo si è spento a Venezia uno dei nostri più eminenti igienisti, il prof. VINCENZO DE GIAXA.

Era nato a Zara il 17 luglio 1848. Aveva studiato a Vienna, ove conseguì la laurea nel 1870. Fu a lungo ufficiale sanitario (protofisico) di Trieste ove durante l'epidemia colerica del 1886 organizzò la lotta con tanta efficacia e abnegazione da meritarsi un solenne elogio e una particolare onorificenza. Nel 1887 ottenne la cattedra d'igiene all'Università di Pisa; venne così consacrata la sua italianità. Nel 1891 fu nominato professore d'igiene a Napoli, ed ivi rimase fino al suo ritiro dall'insegnamento, salvo un breve periodo di circa otto mesi, durante il quale tenne la direzione generale della Sanità Pubblica, posto da cui si dimise non avendo potuto organizzare i servizi sanitarî secondo i suoi intendimenti, per motivi finanziari.

Il De Giaxa ha compiuto una serie di apprezzate ricerche, tra cui quelle relative alla nucleina dei bacilli tubercolari, da lui individuata; quelle relative alla patogenesi della pellagra, malattia che egli metteva in rapporto con l'esaltazione di virulenza dei batteri intestinali, in particolare il colibacillo, sotto l'influenza dell'alimentazione maidica: questo assunto, nell'avvicendarsi delle ipotesi sulla patogenesi della pellagra, è ancora in grado di spiegare le manifestazioni intestinali di tale malattia; le ricerche sul barbone bufalino, che egli riuscì a combattere nella plaga salentina, ove faceva strage, mediante una siero-vaccinazione specifica.

Di vastissima e multiforme coltura scientifica, il De Giaxa ha scritto varî libri, tra cui il « Manuale d'Igiene », che ha destato un senso di meraviglia per la copia, la chiarezza e la precisione delle cognizioni profusevi; in edizioni successive il manuale era aumentato sempre più di mole; la quinta edizione, che doveva essere di 5 volumi, rimase sospesa dalla guerra al 4° volume. Segna-

liamo anche le monografie « Igiene del vestiario » e « Pellagra », nel Manuale italiano d'igiene.

L'Istituto d'igiene, creato dal De Giaxa a Napoli, è stato considerato un modello del genere.

Di carattere adamantino, di una correttezza assoluta, il De Giaxa era circondato da un vero culto.

Sentiva fortemente gli affetti domestici, tanto da lasciare l'insegnamento tre anni prima di essere raggiunto dai limiti d'età per ricongiungersi, a Zara, con la sorella. Un anno dopo egli doveva avere lo strazio di perderla!

La sciagura gli fu alleviata dalle tre figliole della scomparsa, che lo circondarono di affetto filiale e di cure.

Il De Giaxa era attaccatissimo a Napoli, che considerava come seconda patria. Nell'ultima malattia volle essere assistito dai medici napoletani residenti a Venezia, i quali si riservarono l'onore di portarne la bara alla chiesa ed al porto, ove la salma venne imbarcata per Zara.

La vita del De Giaxa fu tutta nobilmente spesa.

La classe medica ha seguito con molta ansia le dolorose vicende del gravissimo infortunio occorso al figlio del gr. uff. Cotta, presidente dell'Amministrazione degli Ospedali Riuniti di Roma.

Le assidue e sapienti cure del prof. Tito Ferretti e di altri valorosi sanitari non sono valse a strappare alla morte il piccolo martire.

Al comm. Cotta, che è circondato di larghissime simpatie, nonchè alla sua famiglia, esprimiamo le nostre commosse condoglianze per la tragica fine dell'amatissimo Enrico.

Si è spento ad Heidelberg il prof. THEODOR CURTIUS, lo scopritore dell'idrazina.

A Conco (Vicenza), suo paese nativo, dove era medico condotto da oltre 35 anni, il 19 febbraio, decedeva improvvisamente il dott. LUIGI POLI. Si è prodigato instancabilmente, con tutte le doti di mente e di cuore, di cui era mirabilmente fornito. Alla famiglia le nostre condoglianze.

M. A. P.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXV Roma, 23 Aprile 1928 Fasc. 16

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA
DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. R. ALESSANDRI.

Di un nuovo segno per la diagnosi di epitelioma della mammella.

DOTT. MANFREDO ASCOLI, aiuto.

La diagnosi di epitelioma della mammella non si può sempre porre direttamente, nè con facilità. È una diagnosi che risulta da un giudizio puramente clinico. Non vi sono esami collaterali, eccetto naturalmente la biopsia, che possano avere una importanza pratica e molte volte il chirurgo prima di procedere ad interventi demolitivi si trova nella necessità di eseguire incisioni esplorative del tumore, o di prelevare dei frammenti che vengono seduta stante sottoposti a esami microscopici.

Pure i segni obiettivi dell'epitelioma mammario sono molteplici, ma di diverso valore semeiologico e, negli stadi iniziali, nessuno propriamente caratteristico della affezione in parola.

La non netta delimitazione è legata al modo di accrescimento dell'epitelioma che è eminentemente eccentrico. La massa del tumore ha però anche un accrescimento concentrico. Il sintoma può essere più o meno netto e caratteristico per l'epitelioma a seconda della tendenza che ha il tumore a svilupparsi prevalentemente in un modo o nell'altro. Molte volte però è di interpretazione difficilissima e in base ad esso non si può sempre distinguere il cancro dai noduli di mastite che sono mobili, ma non ben delimitati.

Se poi come talora accade il tumore è insorto sopra un nodulo di mastite cronica si comprende come le difficoltà diagnostiche vengono ad essere aumentate.

Gli scoli del capezzolo sono un sintoma piuttosto raro. Del resto tutte le secrezioni sierose o siero-purulente e talora anche siero ematiche non hanno grande valore diagnostico. Si riscontrano anche nelle mastiti semplici. Soltanto gli scoli fortemente ematici sono molto sospetti per un tumore e, se abbondanti e di sangue puro, patognomonici dell'epitelioma dendritico intracanallcolare. Ma come abbiamo detto si tratta di un sintoma molto raro, non sempre presente neppure negli epiteliomi dendritici.

A proposito della pelle a « scorza di arancio » così si esprime il Delbet in un volume sul cancro della mammella recentemente edito: « Ce symptome n'a pas de valeur diagnostique ». Questo aspetto caratterizzato dalla retrazione in una zona localizzata di punti cutanei che corrispondono agli orifici ghiandolari, sarebbe dovuta secondo

il Delbet a una ritenzione linfatica accompagnata con un certo grado di edema. Essa si dovrebbe distinguere dall'aspetto della cute dovuto ad aderenze del tumore ai tegumenti e per il suo modo di originarsi si capisce come possa esistere anche all'infuori di un epitelioma. D'altronde è noto, come non solo nelle flogosi subacute, ma anche nelle mastiti ad andamento cronico si può riscontrare questo sintoma. Il quale d'altra parte, può essere assente in casi di epiteliomi anche abbastanza progrediti.

La diffusione di tralci neoplastici nell'interno dei dotti galattofori o intorno ad essi provoca una retrazione del capezzolo che è però ben lungi dall'essere un sintoma frequente. Le statistiche nelle quali esso è segnalato con la maggiore frequenza lo danno presente nel 25 % dei casi. Di una serie di 40 malate di cancro della mammella ricoverate nella nostra clinica, nelle quali la lesione venne controllata con intervento chirurgico, 7 cioè il 17,5 % presentava la retrazione del capezzolo. D'altro canto esso si può riscontrare anche nelle infiammazioni subacute e croniche per fatti di sclerosi intorno ai dotti galattofori.

Quando un tumore è talmente avanzato da essere largamente aderente ai tegumenti e prossimo ad ulcerarsi la diagnosi è chiara. Ma certamente è desiderabile che essa sia precoce agli effetti di una cura radicale. Ora anche negli stadi molto precoci del loro sviluppo gli epiteliomi mammari tendono a diffondersi verso la pelle e ad invaderla e tale invasione si compie per mezzo di tralci rigidi che attaccano il tumore alla pelle con un aspetto che gli autori francesi con una espressione felice hanno chiamato « capitonnage ». Si deve però ricordare che, oltre al fatto che anche le mastiti possono aderire alla pelle in un certo momento del loro decorso, l'aderenza alla pelle dipende anche dalla topografia del tumore. Tumori situati profondamente avranno tendenza ad aderire piuttosto ai piani profondi che ai tegumenti.

Nomineremo soltanto le ulcerazioni, le quali presentano caratteri tali da poter essere riconosciuti con certezza. Esse rappresentano un sintoma troppo tardivo, benchè non sempre ulcerazione significhi « inoperabilità ».

I noduli cutanei primitivi cioè presenti non come espressione di una recidiva, ma prima di qualsiasi intervento esistono in stadi avanzati della malattia, però molto raramente. Esistono anche forme con noduli cutanei precoci più o meno confluenti fino a dare il tipo di cancro a corazza, ma sono certamente molto rari e sempre manifestazioni di tumori dotati di estrema malignità.

Riguardo al valore semeiologico che ha l'aderenza ai piani profondi e specialmente al gran pettorale si potrebbe ripetere quanto è stato detto riguardo all'aderenza alla pelle.

Veniamo ad uno dei sintomi sul quale molto si fondano alcuni nel porre la diagnosi di epitelioma, all'adenopatia ascellare. Si sa quanto frequentemente (persino nel 30 % dei casi secondo Delbet) l'esame microscopico e l'esame clinico non sono concordi. Cioè come in caso di epitelioma della mammella, l'adenopatia ascellare presente non sia cancerosa, ma probabilmente dovuta alla mastite che accompagna il tumore. Così le mastiti, qualsiasi andamento abbiano, possono dar luogo ad un risentimento ghiandolare che per i suoi caratteri semeiologici simula in tutto una adenopatia cancerosa. Financo le mastiti acute in allattamento. Noi abbiamo avuto occasione di osservarne un caso nel quale per i caratteri delle linfoghiandole ascellari si pensò a un epitelioma complicato da una flogosi acuta; senonchè tutto risolse con l'apertura di un ascesso.

Lo studio del sintoma dolore ha certo praticamente importanza. Si può dire che generalmente le lesioni non neoplastiche siano più dolenti tanto spontaneamente che alla palpazione. Non è raro però che un epitelioma dolga sia spontaneamente sia alla palpazione specie se prolungata o ripetuta.

Anche la durezza della massa neoplastica non presenta, nella mammella sempre dati caratteristici, che la possano far distinguere da un nodulo di mastite cronica.

I sintomi che noi abbiamo passato in rassegna sono quelli più importanti nella diagnosi del cancro mammario e naturalmente nella maggior parte dei casi si può solo in base ad essi porre un diagnostico con sicurezza. Abbiamo soltanto voluto far notare come nessuno di essi possa dirsi propriamente caratteristico. Quando lo è, questo accade o tardivamente o in tumori dotati di estrema malignità cioè a rapidissimo sviluppo e a grande tendenza alla diffusione.

Esiste invece a nostro parere un segno proprio dell'epitelioma, presente anche negli stati più precoci, della malattia, quando il nodulo neoplastico piccolo, e non aderente può lasciare dei dubbi sulla sua vera natura, specialmente in un osservatore poco sperimentato. Noi non l'abbiamo trovato descritto e potrebbe chiamarsi il segno della deformazione della mammella. Esso consiste in questo: ogni volta che una mammella è sede di un epitelioma, il tumore si vede. Esso è visibile o sotto forma di una tumefazione che sporge sotto la pelle e deforma il contorno della regione o sotto forma di una retrazione, di un infossamento della pelle che alterano l'aspetto normale della mammella. Si può affermare che

altre lesioni della mammella tumefanno l'organo in « toto », ma non ne deformano mai il contorno nè sono capaci di determinare infossamenti della pelle. Così un ascesso, un galattocele, un nodulo di mastite cronica, un adenoma possono raggiungere anche un volume relativamente grande senza essere individualizzabili all'ispezione della regione. Per quello che riguarda i tumori maligni connettivali questo vale fino a che essi non abbiano sorpassato un certo volume. Certamente tumori connettivali maligni che raggiungono dimensioni molto considerevoli come talvolta è dato di vedere, alterano notevolmente la linea della mammella.

Ho avuto occasione di esaminare pochi mesi or sono una donna che presentava nella mammella sinistra una tumefazione che per i suoi caratteri semeiologici si presentava come un epitelioma. Però benchè la tumefazione fosse del volume di un uovo pure non deformava la mammella.

Venne eseguita una semplice asportazione del nodulo e l'esame istologico dimostrò trattarsi di una gomma probabilmente originatasi dall'aponevrosi del gran pettorale.

Riassumendo si può dire che ogni qual volta una mammella presenta una tumefazione dura, non ben limitata che ne deforma il contorno si tratta di epitelioma.

Da parecchio tempo andiamo ricercando questo sintoma nelle malate di mammella che vengono esaminate nella Clinica, e sempre l'abbiamo trovato presente negli epiteliomi, mai l'abbiamo riscontrato nelle altre lesioni.

Io credo che la causa dello speciale comportamento dell'epitelioma nei confronti delle altre tumefazioni che possono insorgere nella mammella si trovi nella natura stessa del male. Esso si sviluppa come una massa duro-lignea che cresce rapidamente oltre che concentricamente sopratutto penetrando con digitazioni nei tessuti circostanti, non respingendoli dinanzi a sè. Questi fatti: durezza, infiltrazione dei tessuti, forma irregolare, contribuiscono a rendere sporgente ed evidente la massa neoplastica che va aumentando progressivamente di volume.

COMMENTI.

Sul meccanismo di produzione dell'hippus respiratorio nelle affezioni del mediastino.

A proposito dell'articolo pubblicato sul *Policlinico* (Sezione Pratica, fasc. 9, 5 marzo 1928) dal dott. Francesco Tonietti sul meccanismo genetico dell'hippus respiratorio nelle affezioni mediastiniche avrei qualche osservazione da fare.

Il Tonietti, in conformità di quanto opinano altri Autori, come il Coccius, Mosso, Vigoreux, Samaja, sostiene inammissibile il concetto che il fenomeno possa considerarsi come un atto riflesso determinato da stimolazioni del simpatico per effetto degli atti inspiratori.

Egli crede che la causa dei movimenti ritmici delle pupille sia la variazione di volume dei capillari iridei prodotta dalla deplezione e dall'ingorgo del circolo venoso provocati rispettivamente dall'inspirazione e dall'espirazione.

Per spiegare il mio, almeno parziale, dissenso dall'opinione sostenuta dal Tonietti sarà opportuno che io riferisca per sommi capi il reperto dell'esame obbiettivo rilevato in una ammalata di tumore mediastinico, che ebbi occasione di curare lo scorso anno.

Teresa B., di anni 64, mi fece un giorno chiamare d'urgenza per gravissimi disturbi respiratori.

La paziente era ortopnoica, il viso congesto, gli occhi sbarrati con congiuntive iniettate, le labbra e gli zigomi cianotici, le giugulari turgide. La trachea era spostata a sinistra della linea mediana. Alla palpazione del giugulo si notava la presenza di una massa dura, fissa, protrudente dalla fossetta, non pulsante.

I famigliari raccontano che da qualche mese, a periodi più o meno lunghi, va soggetta ad attacchi dispnoici specie notturni, ma nessun accesso si presentò mai con un complesso sintomatico tanto impressionante.

All'ispezione del torace reticolo venoso su tutta la parte antero-superiore d'ambo i lati. La percussione dà suono ottuso sullo sterno e, per qualche centimetro, all'infuori dello stesso sia a destra che a sinistra. Fremito vocale tattile rinforzato sulla zona d'ottusità. Sul manubrio dello sterno si ode distintamente trasmesso il soffio laringo-tracheale. Respiro scarsissimo, tosse abbaiante.

Posteriormente ottusità nelle parti alte del torace fino a tre dita trasverse a destra fino a due dita a sinistra sotto la spina della scapola. In questa zona fremito vocale tattile e respiro come anteriormente.

Nulla degno di nota all'esame dell'apparato circolatorio.

Esame dell'occhio. — Pupille di forma e di ampiezza normali, bene reagenti alla luce e all'accomodazione. Le pupille presentano oscillazioni ritmiche dell'ampiezza, sincrone coi movimenti respiratori.

Dopo una quindicina di giorni le condizioni migliorarono e la dispnea scomparve: però l'hippus respiratorio rimase immodificato.

Allora, ricordando che la maggioranza degli autori considera il fenomeno come dovuto a modificazioni della pressione circolatoria in dipendenza degli atti respiratori, pensai se non sarebbe stato possibile con qualche artificio clinico avere la conferma del fatto, escludendo un eventuale intervento del simpatico toracico da irritazione per compressione da parte del tumore.

Mi parve che il mezzo migliore fosse il seguente: dopo una profonda inspirazione che, allargando la cassa toracica e diminuendo la pressione circolatoria e quindi il volume degli organi endotoracici, doveva mettere il simpatico nelle migliori condizioni, feci eseguire una forzata espirazione a glottide chiusa fino a far diventare il viso congesto e le giugulari turgide. È evidente che in quel momento si doveva avere un aumento della pressione nei vasi del collo e del capo e quindi una diminuzione nell'ampiezza pupillare.

Invece la pupilla rimase midriatica, pur conservando la possibilità di reagire alla luce, e l'hippus scomparve.

Tutto ciò infirma fortemente — almeno nel caso in esame — l'ipotesi circolatoria della genesi dell'hippus.

E allora quale potrebbe essere la spiegazione del fenomeno?

È difficile: però un'ipotesi — secondo me — abbastanza logica si può prospettare.

Ricordiamo qualche nozione di anatomia e di fisiologia.

Noi sappiamo che il ganglio cervicale inferiore del simpatico è profondamente situato innanzi alla prima articolazione costo-vertebrale ed è di forma assai varia, spesso foggiato a semiluna, che colla concavità abbraccia la prima costa. (Testut. Nevrologia periferica).

L'esperimento fisiologico ha inoltre permesso di stabilire che gli elementi *irido-dilatatori* del simpatico hanno origine nella porzione superiore del midollo toracico e in seguito raggiungono la catena simpatica in corrispondenza dei gangli, risalgono nel cordone cervicale fino al ganglio superiore e attraverso il ganglio di Gasser si portano a destinazione.

Infine dobbiamo ricordare che durante l'inspirazione il margine superiore dello sterno si solleva portandosi in alto e un po' all'indietro: si fa cioè più vicino alla porzione cervicale della trachea. Per convincersi di questo basta mettere un dito nella fossa del giugulo tenendolo appoggiato alla faccia anteriore della trachea e della laringe: durante l'inspirazione si sente il dito schiacciato fra il canale tracheale e la faccia posteriore dello sterno.

Per applicare queste nozioni al caso in esame dobbiamo tenere presente che la massa tumorale protrudeva dalla fossa del giugulo tanto da poterla palpare al davanti della trachea.

Negli atti inspiratori la porzione cervicale del tumore veniva a ricevere, per il meccanismo sopra ricordato, una spinta dall'avanti all'indietro, spinta che veniva trasmessa alla massa mediastinica, la quale, portandosi contro le regioni costovertebrali, esercitava una pressione sui gangli cervicali inferiori e quindi una irritazione delle fibre irido-dilatatrici in essi contenute. (E detta pressione è tanto più facile a verificarsi per il fatto che i gangli cervicali inferiori non hanno possibilità di spostarsi data la loro posizione a ridosso di una costa).

L'opposto naturalmente si verifica durante l'espirazione.

Il ragionamento vale anche per l'esperimento che io ho voluto praticare sulla paziente. Anzi si deve notare che, durante l'espirazione forzata a glottide chiusa, per l'ingorgo dei vasi cervicali la trachea viene spostata in modo da esercitare sul tumore una pressione dall'indietro in avanti, che serve ad allontanare più o meno sensibilmente il tumore stesso dalle pareti posteriori del torace.

Non mi nascondo che l'ipotesi da me formulata non ha lo stesso valore quando si tratta di tumori nettamente mediastinici, intendo dire che non superino il limite anatomico superiore del mediastino.

Ma anche per questi è proprio sempre ed esclusivamente la variazione di pressione circolatoria la causa dell'hippus? E se è così, per quale motivo nel mio caso, tolta di mezzo l'azione del simpatico, non ha continuato a funzionare il coefficente circolatorio?

O non si tratterebbe piuttosto di vari fattori interdipendenti in modo che la soppressione di uno agisca in senso inibitorio sugli altri?

La questione è complessa, e il discuterla mi porterebbe troppo lontano dal compito che mi son prefisso; tanto più che non avendo avuto occasione in seguito di vedere altri casi di tumore mediastinico non potrei che avanzare ipotesi teoriche senza il sostegno di dati di fatto.

Io ho voluto semplicemente dimostrare che, pur ammesso che nella grande maggioranza dei casi il fattore determinante l'hippus respiratorio sia la modificazione della pressione circolatoria provocata dalla respirazione, vi sono altri casi nei quali detto coefficente non si può invocare, ma entrano in gioco altre cause probabilmente d'origine simpatica.

Soresina, 15 marzo 1928.

Dott. RAFFAELE RAVASI.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Le compressioni cerebrali.

(NEUBERGER. *Journal des Praticiens*, 24 dic. 1927).

Lo studio terapeutico degli ascessi e tumori cerebrali non può andare disgiunto dalla sindrome generica dell'ipertensione che deve essere anzitutto considerata.

Ne sono i sintomi essenziali: La *cefalea*, persistente, a parossismi, ribelle ai medicamenti; i *vomiti* del tipo cerebrale (bruschi, senza causa apparente); uno *stato vertiginoso* con ronzii d'orecchio ed ipoacusia; talora delle crisi epilettiche con accessi di sonnolenza; dei *disturbi psichici* inesplicabili (confusione, delirio); *dimagrimento* inquietante e progressivo; *bradicardia*.

In presenza di questi sintomi di presunzione, il medico deve acquistare la certezza, per non far correre al malato il pericolo di perdere la vista o la vita. Si studierà quindi la tensione endorachidea, il fondo dell'occhio; si faranno la radiografia ed, eventualmente, le prove vestibolari.

1) *Puntura lombare*. — Mentre scola il liquor, se ne misurerà la pressione col manometro di Claude (si troverà oltre 40 cmc. di acqua). L'esame biochimico rivelerà generalmente una iperalbuminosi rachidea (g. 0,20 e più); si ricercherà la linfocitosi, si farà la reazione di Wassermann.

2) *Esame oftalmoscopico*. — A rigor di logica dovrà essere praticato prima del precedente; il rilievo di una stasi papillare indicherà l'intervento di urgenza; bisogna far presto ad operare prima che si sia installata irrimediabilmente l'atrofia ottica. In alcuni casi, l'esame è indicato da una inquietante diminuzione del visus.

Eccezionalmente la stasi può mancare, in tal caso è raccomandabile la ricerca della pressione nell'arteria centrale della retina, mediante l'oculo-tensiometro di Baillart; procedimento raramente usato, che meriterebbe di entrare fra gli esami correnti.

3) La *radiografia*. — Il semplice esame radiologico (modificazioni delle ossa craniche) può già dare indicazioni importanti, ma non si deve dimenticare che vi sono molte cause di errore. Si erano riposte molte speranze sul lipiodol, ma vi si è dovuto rinunciare perchè esponeva ad accidenti di sovracompressione.

La pneumo-encefalografia, molto usata agli Stati Uniti, non è esente da pericoli. Essa consiste nell'estrarre circa 100 cmc. di liquor, che si sostituisce man mano con una quantità di aria un po' inferiore (80 cmc.), dopo di che si pratica la radiografia, prendendo per le quattro posizioni della testa una lastra orizzontale ed una perpendicolare.

Le prove così ottenute permettono, per la trasparenza ventricolare, di precisare: *a*) la libertà di comunicazione degli spazi sottoaracnoidei con i ventricoli cerebrali e dei ventricoli fra di loro (manca quando vi è obliterazione dei forami di Luschka e di Magendie); *b*) la forma e la dimensione di questi ventricoli (deformazione in rapporto con lo sviluppo di un tumore); *c*) l'eventuale esistenza di un idrocefalo interno nell'adulto; *d*) la presenza e la probabile localizzazione di un tumore.

Come causa di errore è da citarsi la possibilità di insufflare dell'aria in una cisti, che passerebbe così inavvertita.

Costituisce una controindicazione la presunta presenza di pus, che ne verrebbe per tal modo diffuso.

I possibili accidenti sono: *a*) l'aumento di pressione endocranica, transitorio, ma sempre grave in caso di marcata stasi papillare; *b*) l'irritazione bulbare e delle paralisi; *c*) l'elevazione termica, che dura qualche giorno. Tali inconvenienti possono ovviarsi con l'uso di soluzioni ipertoniche, con l'estrazione dell'aria iniettata o meglio ancora col mettere il paziente in posizione di Trendelenburg, subito dopo fatta la radiografia.

4) L'*esame otologico completo* eseguito a titolo ausiliario può rendere qualche servigio mostrando le reazioni attenuate dei canalicoli semicircolari verticali e portando quindi un argomento di più in favore della compressione.

Il *trattamento* dell'ipertensione consiste anzitutto nel rimuovere la causa (ascesso, tumore, meningite sierosa). Nell'aspettativa, si può discutere sull'opportunità di procedere alla puntura lombare, intervento talvolta pericoloso, che dovrà essere eseguito con precauzione, tenendo il malato in decubito laterale e sorvegliando, prima e dopo, il fondo dell'occhio. Qualche volta, per i rapidi progressi della ipertensione, possono essere indicate la trapanazione decompressiva,

primo tempo di un'operazione più radicale e la puntura ventricolare.

Più semplicemente, la somministrazione, *per os* o per via rettale, di una soluzione concentrata di cloruro di sodio o di solfato di magnesio, o meglio, l'iniezione endovenosa di una soluzione ipertonica (siero glucosato, sol. di Ringer) permettono la riduzione temporanea della tensione, attirando al di fuori degli spazi sotto-aracnoidei il liquor fino nei capillari del cervello. Tale metodo è raccomandabile anche nel trattamento della meningite cerebro-spinale.

GLI ASCESSI CEREBRALI.

Il loro sviluppo è in rapporto con una lesione delle vicinanze: frattura e traumi settici e, prima di tutto le otiti e le mastoiditi. Più raramente sono il risultato di una metastasi (affezione cronica, specialmente bronco-polmonare) ed eccezionalmente derivano dalla contaminazione vasculo-ossea legata ad infezione generale (tubercolosi).

Il *quadro clinico* consiste anzitutto in segni funzionali diffusi indicanti l'ipertensione cranica. Il sintomo capitale è però dato dall'aspetto della papilla: da principio, semplice iperemia, a cui segue, se non si interviene in tempo, l'atrofia per nevrite ottica (rossore e diffusione dei margini).

I sintomi di focolaio permetteranno talora la localizzazione. Essi sono: convulsioni e paralisi (zona motrice), eccitazione euforica (regione frontale), fenomeni afasici (temporale sinistra), emianopsia, disturbi visivi (lobo occipitale), precocità di paralisi oculari, partecipazione dei nervi cranici e rapidità dell'edema papillare (base cranica). L'ascesso del cervelletto è riconoscibile alla maggiore diffusione dei sintomi, con titubazione, incoordinazione, rigidità della nuca. Quando l'ascesso ha sede extradurale, si ha abbondanza e fetidità del pus durante ed anche prima dell'operazione (scolo dal condotto uditivo).

L'evoluzione dà certezza alla diagnosi. Si può avere un andamento rapido a tipo pseudo-meningitico, con Kernig, ineguaglianza pupillare. Si hanno dapprima febbre a brivido; poi, dopo una remissione, recrudescenza con aggravamento dello stato generale, paralisi, disturbi sensitivi, bradicardia, respiro raro, intensa cefalea, delirio; si installano poi i segni di focolaio ed, a questo stadio, la minaccia di atrofia ottica.

Per quanto riguarda il *trattamento*, si tenga presente che la punzione lombare è sempre assai delicata; quella ventricolare esporrebbe agli inseminzamenti del pus. Il trattamento di scelta è quello chirurgico.

FILIPPINI.

Sulla patogenesi e terapia della papilla da stasi.

(A. SIEGRIST. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 42).

La papilla da stasi è in generale una diretta conseguenza dell'aumentata pressione intracranica. L'A. porta in discussione le differenti teorie sull'origine della papilla da stasi. Dopo aver trattato le varie teorie egli si dimostra favorevole ad accettare quella Schieck. Secondo questa teoria nel punto dove i vasi centrali della retina escono dal nervo ottico vengono a rincontrarsi due correnti linfatiche., l'una che viene dalla parte posteriore del corpo vitreo e l'altra che viene dallo spazio subaracnoideo e che entra tra il foramen opticum nello spazio intravaginale del nervo stesso. Queste due correnti scaricano la linfa lungo la tunica dei vasi centrali, nelle condizioni normali esse correnti sono ad eguale pressione. Disturbato questo equilibrio in caso di pressione intracranica aumentata, la linfa proveniente dal corpo vitreo subisce una stasi nelle lacune perivasali e viene così a comprimere la fila del nervo ottico producendo in tal modo edema, stasi anche per diretta imbibizione.

Fatti esperimenti assai interessanti sulle scimmie Schieck ha dimostrato in modo persuasivo che per produrre una stasi papillare occorre non solo un aumento di pressione intracranica ma anche un aumento quantitativo di liquor. In generale alla stasi si aggiunge poi infiammazione, in altri casi i fattori infiammatori possono essere portati già con il liquor stesso. In fine ne risulta atrofia del nervo ottico e cecità. Riguardo alla terapia l'A. insiste che bisogna intervenire opportunamente sin dall'inizo della stasi papillare e cioè sin da quando cominciano a dimostrarsi i primi sintomi di diminuzione visiva, onde poter così per tempo possibilmente scongiurare la completa cecità.

L'ideale è il poter subito ricorrere alla terapia etiologica (intervenire in casi di tumore, evacuare con ascesso, terapia antiluetica, ecc., ecc.). Allorchè questo non è possibile, si ricorra a mezzi palliativi. Dato che la papilla da stasi è dovuta a fattore meccanico e cioè aumento di pressione intracranica e di quantitativo di liquor bisogna combattere contro questi due fattori.

La terapia medicamentosa (ioduro di potassio mercuriale, ecc.) e la radioterapia agiscono troppo lentamente, perciò l'A. propende per la puntura lombare precoce ed eventualmente ripetuta, onde poter ridurre presto la pressione intracranica. Altri mezzi da considerarsi sono i seguenti: il drenaggio della cisterna magna, la puntura del

corpo calloso, la trapanazione cranica decompressiva.

Ammesso poi che la puntura lombare in casi di tumori occipitali possa essere molto pericolosa per la vita del malato, l'A. consiglia d'usare opportune cautele (eseguire la puntura lombare tenendo il malato sdraiato su di un fianco, non diminuire bruscamente ed eccessivamente la pressione intracranica) ed in tal modo secondo l'A. il pericolo è molto ridotto. Sono riportati dall'A. cinque casi clinici che dimostrano la favorevole influenza della puntura lombare nella stasi papillare.

DUBINSKI.

ORGANI DIGERENTI.

Studio clinico e sperimentale sul cosidetto ileo postoperativo paralitico.

(H. OLIVECRONA. *Acta Chir. Scand.*, vol. LXI, V-VI).

Le funzioni motorie dello stomaco e del piccolo intestino sono influenzate dal trauma e dalla peritonite nel modo seguente: Nè il trauma, nè la peritonite hanno alcuna influenza sulle contrazioni ritmiche, in altre parole, non sono causa di paresi della muscolatura intestinale.

I traumi sono capaci di produrre una netta e relativamente lunga cessazione dell'azione peristaltica. Questo arresto, non può essere dovuto a una lesione diretta della muscolatura perchè le contrazioni ritmiche rimangono immutate. Nè con ogni probabilità eventuali disturbi della circolazione rappresentano agenti importanti nel fenomeno. L'arresto della peristalsi non è causato da riflessi inibitori, attraverso il midollo spinale. Una lesione diretta, cioè una paresi degli elementi motori che iniziano la peristalsi non è probabilmente la causa dell'arresto della peristalsi, poichè gli effetti dei traumi sulla peristalsi, sono quasi eliminati dopo l'estirpazione radicale del plesso solare e la degenerazione delle fibre efferenti post-gangliari. I traumi agiscono probabilmente per qualche riflesso inibitorio attraverso il plesso solare, che può essere sia un vero riflesso sia un riflesso axonico.

Come i traumi anche la peritonite è causa di arresto della peristalsi benchè con minor costanza, e frequentemente con un grado minore. Non è chiaramente spiegato il modo col quale agisce un processo infiammatorio del peritoneo. Si tratta probabilmente anche qui di fenomeni inibitori. La loro base anatomica è solo incompletamente nota. Arai ha dimostrato che nelle forme miti di peritoniti che risolvono, si tratta di riflessi attraverso il midollo spinale. Questa spiegazione però non vale nelle forme gravi, progressive come le peritoniti da perforazione. In queste l'inibizione della peristalsi non è influenzata dalla sezione degli splancnici nè dall'estirpazione del solar plexus e dalla degenerazione delle fibre efferenti post-ganglionari. Bisogna perciò pensare che l'inibizione ha luogo attraverso fibre intramurali o attraverso fibre che passano nelle immediate vicinanze delle pareti intestinali.

La peritonite da perforazione ha costantemente prodotto negli animali (gatti) usati nei suoi esperimenti dall'A. una incompleta ostruzione meccanica, sotto forma di aderenze fibrinose e di inginocchiamenti. Siccome non si rinveniva meteorismo al disotto dell'ostruzione, la distensione dell'intestino sarebbe dovuta all'ostruzione stessa, e l'azione tossica dell'essudato peritoneale sarebbe così di importanza subordinata. Tali punti ostruiti sono, sempre numerosi, benchè, uno o due siano più pronunciati degli altri. In alcuni esperimenti l'A. ha notato una contrazione spastica dello sfintere ileo-cecale, che potrebbe agire anche come una ostruzione meccanica.

MANFREDO ASCOLI.

Contributo alla conoscenza dell'obliterazione completa dell'intestino crasso e sua cura.

(EICHENWALD. *Archiv. f. Klin. Chir.*, vol. 147, pag. 373).

L'A. ha osservato con successo un individuo che nel 1914, in conseguenza di una colite ulcerosa grave, aveva subìto una colestomia della parte iniziale dell'ascendente. La colite guarì rapidamente con lavaggi praticati attraverso il colon, però dopo qualche anno, per il progressivo restringersi del crasso non fu più possibile di praticarli. Dodici anni dopo l'intervento il paziente chiede la chiusura dell'ano preternaturale. L'intervento viene eseguito in due tempi. Con una incisione mediana viene preparato il retto dopo apertura del Douglas e sezionato a 5 cm. dall'ano; la parte terminale dell'ileo, dopo averla sezionata alla valvola ileocecale, viene introdotta nel moncone del retto e fissata alla pelle della regione perianale. Questa trasposizione si rese possibile dopo allungamento del mesenterio corrispondente. Il moncone distale del sigmaretto è fissato alla parete addominale. Nei giorni seguenti all'intervento si necrosa la parte dell'ileo che sta nel retto: per aderenze si ha la formazione di una anastomosi spontanea.

In un secondo tempo venne praticata l'asportazione del colon.

Il risultato è stato buono, le defecazioni prima molto frequenti, sono ridotte a 8-10 al giorno e

l'A. prevede che per la cosidetta colonizzazione dell'ileo, conseguenza all'adattamento funzionale, queste diminuiranno ancor più di frequenza.

Il colon asportato si è dimostrato, per tutta la sua estensione impervio: sezioni trasversali dimostrarono la scomparsa della mucosa e l'obliterazione cicatriziale del lume.

Un intervento simile è stato proposto da Moskowicz che porta la porzione terminale dell'ileo fra lo sfintere anale e le pareti anteriori dell'ampolla e ottiene così un ano continente. L'A. crede che sia da preferirsi l'intervento da lui eseguito per minori difficoltà tecniche mentre i risultati lontani sono ottimi.

VALDONI.

Contributo alla casistica dei traumi addominali in erniosi.

(C. VACCARI. *Arch. ital. di Chir.*, vol. XVIII, fasc. 3°, febbraio 1927).

L'A. riporta due casi operati d'urgenza con diagnosi di ernia inguinale intasata a destra nell'uno, di falsa riduzione di ernia inguinale sinistra strozzata nell'altro.

Primo caso. Uomo di 50 anni che presentava tumefazione inguinale destra e fenomeni da ileo datanti da due giorni. All'operazione fu trovato l'omento aderente, per antichi fatti cicatriziali, al sottocutaneo, agli strati subfasciali, al cordone. La parete del sacco erniario era evidente solo in alto, verso il colletto, attraverso il quale si era prodotto incarceramento di alcune anse intestinali. Cura radicale, guarigione. L'anamnesi fece conoscere che alcuni anni prima il paziente aveva sofferto contusione grave per calcio di bue alla regione inguinale destra ove già era esistente una ernia, e che i fatti contusivi erano lentamente scomparsi in seguito a riposo e applicazioni umide.

L'A. esclude che l'azione traumatica antica possa aver determinato lacerazione del sacco, e ritiene che la forte contusione dei tessuti abbia portato con un processo flogistico lento alla disgregazione della parete del sacco e all'aderenza dell'omento al sottocutaneo.

Secondo caso. Uomo di 58 anni, il quale, cadendo dalla bicicletta sul ginocchio sinistro, riportò piccola rottura lineare su di un'ansa intestinale situata in corrispondenza di un laparocele inguinale sinistro, con conseguente peritonite circoscritta. Operato, in due mesi guarì per seconda.

Le rotture intestinali, in cavità addominale come in sacchi erniari, non sono rare; l'A. ne cita le varie teorie di spiegazione. Il caso riferito trova l'interesse nella presenza di rottura intestinale in corrispondenza di un laparocele. Questo ha rappresentato il luogo di minore resistenza dove le anse intestinali, sospinte, hanno risentito la maggior pressione finale che ne ha determinato la rottura in un punto, verosimilmente per azione di scoppio.

Anche questi casi ammaestrano circa la opportunità di un sollecito intervento quando o la modestia del trauma o la leggerezza dei sintomi non lascino supporre la gravità della lesione.

F. GRIFI.

La scelta dell'incisione nell'appendicite acuta.

(P. MOULONGUET. *Revue médicale universelle*, aprile 1927).

In presenza di un'appendicite acuta, l'A. consiglia di ricercare accuratamente la localizzazione esatta e precisa del focolaio peritoneale. Tale ricerca può farsi mettendo in evidenza una zona di contrattura parietale limitata o massima, che corrisponde rigorosamente al focolaio peritoneale, oppure riconoscendo il focolaio stesso quando è percepibile.

La ricerca è spesso più facile sotto anestesia generale, al momento stesso di prendere il bisturi Trovato così il focolaio peritoneale, l'incisione dovrà cadere su di esso, in qualsiasi punto della parete addominale si trovi. In tal modo, l'opera zione diventa più agevole e più rapida e l'esito non può che guadagnarne. Se l'incisione è fatta in un buon punto poco importa la causa che ha determinato la sindrome e quindi nessuna influenza può avere un errore diagnostico. È indifferente che l'operatore trovi ammalata l'appendice oppure il piloro, o la cistifellea, essendo sicuri di cadere sul punto malato.

fil.

MICROBIOLOGIA.

La malattia mixomatosa e l'« ultra-virus di Sanarelli ».

Nel 1898. G. Sanarelli (1), allora Direttore dell'Istituto di Igiene di Montevideo, descrisse per primo una malattia che attacca i conigli e che si manifesta anzitutto con blefaro-congiuntivite e poi con lo sviluppo, su tutto il corpo, di tumoretti d'aspetto gelatinoso (donde il nome di malattia mixomatosa) e di consistenza elastica; l'animale assume un aspetto ripugnante e muore in 4-5 giorni.

---

(1) G. SANARELLI. *Das myxomatogene Virus. Beitrag zum Studium der Krankheitserreger ausserhalb des Sichtbaren.* C. Blatt f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infectionskrankheiten, I parte, vol. XXIII, n. 20 (1898).

ID. *El virus mixomatogeno. Contribucion al estudio de los virus no organizados.* Anales de la Universidad, Montevideo, 1898.

Tale malattia potrà forse acquistare anche interesse pratico, poichè viene ora proposta (2) per la distruzione dei conigli che infestano l'Australia, ove essi rappresentano un grave danno per l'agricoltura.

Ma la malattia mixomatosa ha soprattutto un grande interesse teorico, poichè fu la prima che venne attribuita a virus invisibili ed il nuovo concetto che, con essa, si venne stabilendo, potè aprire la strada allo studio di tali virus.

Nella batteriologia regnava allora sovrano il microscopio, che negli anni precedenti era stato fecondo di scoperte, ed ogni malattia infettiva veniva investigata con la speranza di scoprire un nuovo cocco od un batterio. Ed anche il Sanarelli compì tali ricerche per la malattia mixomatosa, ma inutilmente. Eppure, egli osserva, la malattia è trasmissibile in serie, può essere riprodotta con una quantità minima di materiale patologico, per esempio: dalla semplice secrezione congiuntivale che è sempre abbondante, mentre il germe non solo non si vede, ma nemmeno si sviluppa nei terreni di coltura. Ne concludeva che l'agente etiologico di questa malattia non apparteneva a nessuna delle classi degli esseri organizzati che siamo abituati a considerare come causa delle malattie specifiche ed introduceva così il concetto di virus invisibile (o ultra-virus), di cui stabiliva i caratteri essenziali. E, pure osservando che non era forse ancor giunto il momento di ammettere che in natura esistano virus differenti da quelli costituiti da esseri microscopici organizzati e visibili con gli ordinari mezzi di colorazione, prospettava l'importanza della sua scoperta, affermando che tale questione meritava di essere discussa.

Ed il tempo gli ha dato pienamente ragione. Il concetto di virus invisibili e filtrabili è stato poi ammesso; essi sono stati riconosciuti causa di numerose malattie infettive ed il loro studio, sebbene ancora tutt'altro che completo, è stato fecondo di risultati.

Anche la malattia mixomatosa dei conigli è stata studiata da altri ricercatori, fra cui Splendore (3), Moses (4), de Beaurepaire (2) e recentemente è stata oggetto di un importante lavoro del Lipschütz, di Vienna (5), che ne ha fatto una comunicazione preventiva di cui crediamo utile dare notizia anche perchè essa rappresenta un giusto omaggio reso all'Autore italiano.

Osserva Lipschütz che « dal punto di vista istologico, il nodo mixomatoso, come ha rilevato così chiaramente Sanarelli, è dovuto alla proliferazione ed all'ipertrofia delle cellule connettivali, che formano le così dette cellule mixomatose e portano ad una degenerazione mucosa del collageno ».

Ed il Lipschütz ha fatto accurate ricerche istologiche che delineano bene il processo ed ha soprattutto rivolta l'attenzione allo studio citologico della cellula mixomatosa, ritenendo che esso sia assai importante per chiarire bene l'eziologia. Sono anzitutto le alterazioni del nucleo che attraggono l'attenzione dell'osservatore e sono esse che sono state interpetrate da altri (de Beaurepaire-Aragâo) come clamidozoi.

Ma il Lipschütz, mediante la fissazione con liquido di Regaud e la colorazione con Heidenhain, ha messo in rilievo altre formazioni a cui attribuisce grande importanza etiologica. Egli ha osservato dei corpicciuoli che sono scarsi negli istiociti poco rigonfiati, ma che in quelli molto rigonfi sono assai numerosi e possono raggiungere parecchie centinaia. Hanno forma rotondeggiante o bacillare, talora a pietra cote; la grandezza varia da quella di uno strongiloplasma a quella di un grosso cocco.

Sono localizzati attorno al nucleo, nel protoplasma cellulare che talora riempiono quasi completamente, ma non si trovano mai nel nucleo. Essi si osservano, non solo nelle cellule mixomatose, ma anche in quelle connettivali del tessuto lasso della cute e la muscolatura di questa ne appare come impregnata.

Per quanto riguarda il significato di queste formazioni, è anzitutto da escludersi che si tratti di parti cellulari normali o patologiche; esse sono da considerarsi come parassiti simbiocellulari, che non è agevole inserire negli attuali sistemi di classificazione. Per il comportamento tintoriale, è da escludersi che si tratti di batteri o di protozoi; per la localizzazione e la mancanza di un involucro non sono da ritenersi nè clamidozoi, nè strongiloplasmi. Essi hanno piuttosto una certa somiglianza morfologica con le rickettsie, ma se ne distinguono per il comportamento colorante e microchimico, come per la localizzazione.

Lipschütz ammette quindi che si tratti di un nuovo gruppo di agenti di malattia, a cui egli dà il nome di *Sanarellia* (analogamente alle *Pasteurellia*), in omaggio a Sanarelli che per il primo ha descritto accuratamente la malattia, che l'A. designa appunto, come « malattia di Sanarelli ».

La definizione di *Sanarellia* sarebbe la seguente. Microbi difficilmente dimostrabili, di forma coccobacillare, di grossezza varia da quella di uno

(2) H. DE BEAUREPAIRE ARAGÃO. *Mixoma dos Coelhos*. Memcrias do Instituto Osvaldo Cruz, vol. XX, n. 2 (1927).

(3) SPLENDORE. *Ueber das Virus myxomatosum der Kaninchen*. Centralblatt f. Bakt., I parte, 1909, vol. 48, p. 300.

(4) A. MOSES. *O virus do mixoma dos coelhos*. Mem. Inst. O. Cruz, vol. III (1911).

(5) B. LIPSCHÜTZ. *Untersuchungen über die Aetiologie der Mixomkrankheit des Kaninchens*. Wiener klin. Wochens, 1927, n. 30.

strongiloplasma a quella di un grosso cocco, che parassitano certe determinate cellule (istiociti) in mucchi più o meno grossi situati nel protoplasma che ne viene più o meno riempito e che circondano il nucleo. Il virus è filtrabile ed è conservabile in glicerina. Per il virus della malattia mixomatosa, viene proposto il nome di *Sanarellia cuniculi.*

Il metodo di studio, che Lipschütz ha usato per la malattia mixomatosa, dovrebbe applicarsi anche per altre malattie specialmente da virus filtrabili e particolarmente per il sarcoma di Rous, che con la malattia mixomatosa presenta molti punti di contatto. A. FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

P. DUVAL, I. CH. ROUX, H. BÉCLÈRE. *Radiologie clinique du tube digestif. I. Estomac et Duodénum.* Masson et C.ie, Éditeurs. Paris 1927. Un volume di 340 pagine contenente 400 radiografie e 432 schemi. Frs. 250. (Rilegato in 2 volumi: Frs. 265).

Questo testo-atlante di radiologia clinica fa grande onore, e agli AA. e all'Editore. Brevità e chiarezza di esposizione, tavole nitide, corredate sempre da schemi esplicativi; edizione veramente signorile.

È il frutto di una collaborazione radio-medico-chirurgica intima e costante, che dura da 15 anni.

Questa prima parte apre la serie di opere analoghe, che costituiranno gli Archivi di Radiologia clinica.

Difficile è riassumere il contenuto di questi due primi capitoli, che se si raccomandano per il testo, fanno principalmente appello all'immagine visiva.

Dopo un rapido cenno della tecnica radiologica seguita, con accenno alla pneumoradiografia dello stomaco, e agli aspetti dello stomaco normale, gli AA. trattano in distinti paragrafi: l'ipersecrezione, la ptosi gastrica, lo stomaco a cascata (a coppa di champagne), le deformità dello stomaco dovute a compressione da organi vicini, l'ulcera cronica dello stomaco nelle sue varie sedi, il valore della diagnosi radiologica dell'ulcera gastrica, il controllo radiologico dei risultati terapeutici, le stenosi del piloro, lo stomaco biloculare, il cancro dello stomaco, le imagini pseudolacunari, i tumori peduncolati-sottomucosi, i diverticoli veri dello stomaco, lo stomaco nelle ernie diaframmatiche, lo stomaco dopo vari interventi chirurgici.

In ciascun capitolo sono esempi tipici dell'affezione, tratti dall'esperienza clinica degli AA., e in complesso costituiscono un materiale prezioso per il clinico, per il radiologo e per l'operatore.

Nel capitolo riguardante il duodeno, dopo un accenno agli aspetti radiologici del duodeno normale, sono descritti e raffigurati: i segni radiologici diretti e indiretti dell'ulcera duodenale, la stenosi del bulbo duodenale, le periduodeniti sopra e sottomesocoliche, il duodeno nella colecistite, i diverticoli del duodeno, il duodeno dopo interventi chirurgici gastro-duodeno-digiunali.

Il chirurgo e il radiologo trovano in questo libro il risultato di una lunga esperienza, alla quale possono fare appello, e nella pratica ordinaria, e nelle situazioni difficili. R. ALESSANDRI.

ALBAN KÖHLER. *Grenzen des Normalen und Anfänge des Pathologischen im Roentgenbilde.* 5a edizione aumentata, pag. 582. George Thieme, editore Lipsia, 1928. Marchi 36.

I radiologi ben conoscono il libro di Köhler la cui prima edizione risale al 1910: dopo tre anni dalla IV edizione ecco questa quinta accresciuta notevolmente e quasi irriconoscibile dalla I edizione del 1910. Con questa quinta edizione esce una edizione in inglese.

Le linee fondamentali del libro non appaiono modificate.

La fortuna del libro avuta tra i radiologi consiste specialmente nel fatto che Köhler è stato il primo a richiamare l'attenzione su quei segni radiologici che rappresentano il limite fra il normale e il patologico. La parte riguardante lo scheletro costituisce la metà circa del libro ed è naturale che le ossa si prestino più di ogni altra parte in questa distinzione: nei riguardi del cuore e dell'aorta ad es. non è possibile una netta distinzione fra il normale e il patologico. Basti ad es. ricordare per le ossa come a seconda della proiezione può comparire sul bordo di un osso una immagine apparentemente anomala dovuta ad es. alla proiezione della cresta ossea punto di impianto di un muscolo; come talvolta sia difficile senza tener presente i punti di ossificazione e la presenza di ossa sesamoidi giudicare della alterazione o di una frattura di un osso, ecc.

Quanto sia importante giudicare del limite fra il normale e il patologico per l'apparato digerente lo dimostra il fatto che tale argomento ha costituito argomento di relazione in uno dei passati Congressi italiani di Radiologia. MILANI E.

PONZIO M. *Radioterapia.* Volume di 509 pag. con 91 figure intercalate nel testo. — Unione tipografica editrice torinese, 1927.

La continua, quasi vulcanica, evoluzione della giovane scienza che dalla scoperta di Roentgen

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ebbe origine, la vastità dei problemi biologici che ne dischiuse le difficoltà di ordine fisico, non facilmente comprensibili alla mentalità del medico, tutto ciò ha ostacolato fino a pochi anni or sono la comparsa di trattati di radioterapia degni di tale nome.

Di questa verità il nostro A. si è mostrato più d'ogni altro conscio. Egli ha evitato di additare al medico, cui si rivolge, le tecniche di applicazione oggi in uso, tecniche che ben presto saranno superate da altre più rispondenti, frutto della diuturna osservazione e delle nuove conquiste di ricercatori. Ha voluto invece formare sullo scritto i più importanti fatti veramente acquisiti, le basi che gradualmente, faticosamente sono state raggiunte, ma che rappresentano l'unico nostro tesoro perchè non saranno demolite negli anni avvenire, perchè, ampliate e rafforzate serviranno sempre alle successive costruzioni. Sicchè il libro del Ponzio avrebbe potuto più rispondentemente intitolarsi: « basi fisiche e biologiche della radioterapia » come del resto l'A. ha messo per sottotitolo.

E all'estrema importanza di questi argomenti ha corrisposto una scrupolosa accurata precisione nella ricerca bibliografica e una obbiettiva, chiara esposizione, veramente mirabili.

Tutto ciò riuscendo a rispettare fino allo scrupolo la verità dei fatti.

Ma un altro pregio ha il libro di Ponzio: un monito. Addita e svela quante difficoltà occorra superare per addentrarsi seriamente a praticare la radioterapia. Branca della medicina eminentemente clinica, dove ci si deve, forse più che in qualsiasi altra, regolare caso per caso, ma per la quale cognizioni anche minute di fisica sono assolutamente indispensabili, come è indispensabile la posologia al medico pratico, la bilancia al farmacista.

Ma la fisica non deve essere la sola stella a guidare la rotta della nostra cura. L'uomo è troppo complesso organismo perchè possiamo calcolarne le reazioni ai diversi stimoli con semplici equazioni matematiche. Ed è per ciò che nulla delle pur sempre scarse osservazioni cliniche e sperimentali deve essere trascurato anche dal pratico cultore di questa branca. Tutto potrà concorrere a perfezionarla, a sospingerla rapidamente nella vittoriosa ascesa verso il suo immancabile avvenire.

G. M.

EMMERICH MARKOVITS. *Roentgendiagnostik der Erkrankungen innerer Organe in Tabellenform.* Pagine 198, figure 590. Georg Thieme editore, 1928, Lipsia. M. 13,50.

Holzknecht che ha voluto scrivere la prefazione per questo libro che si propone di ordinare in tavole tutta la complessa materia della radiodiagnostica, tavole confortate da schemi, dichiara che dal libro non si deve richiedere più di quanto esso offre. Infatti se la compilazione diciamo così tabelliforme di una scienza ha il vantaggio della chiarezza e della semplicità, tale compilazione può essere utile come un ripetitorio delle proprie conoscenze in modo che in breve spazio ci sono ricordate le notizie più importanti che riguardano una determinata malattia nonchè le malattie più importanti che devono essere poste in discussione.

Il libro ha il pregio di avere raggiunto questo scopo: accanto ai vari sintomi alcuni simboli ci ricordano se il segno ricordato è sicuro o meno, se esso ha valore o non patognomonico, ecc. Le tabelle riguardano tutte le varie malattie dei vari organi all'infuori delle malattie ossee e articolari.

MILANI E.

W. BRONKHORST. *Kontrast und Schärfe im Röntgenbilde.* Edit. G. Thieme, Lipsia, 1927.

Il libro fa parte della raccolta edita a cura del giornale tedesco di radiologia « Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen » e si occupa della fine tecnica radiologica e specialmente di quei perfezionamenti che valgano a migliorare l'esecuzione della radiografia e in ultima analisi ad affinare la diagnosi.

Numerose illustrazioni e tavole dimostrative.

VALDONI.

JEAN DUBOST. *Les bases physiques de la radiothérapie.* Gauthier-Villars, Parigi, 1928. Un volume in-8, di 99 pagine, con 50 figure. Franchi 10.

Il libro in piccola mole vuole portare al medico pratico la possibilità di rendersi ragione in modo breve e succinto di tutta la complessa materia della radioterapia specialmente dal punto di vista fisico.

Il libro fa parte di tutta una serie di attualità fisioterapiche ed è il terzo del gruppo di memorie sulla radioterapia: in questo gruppo fa parte il libro del Ledoux-Lebard altra volta recensito.

Il libro è diviso in 6 capitoli: nel primo in modo succinto sono esposte le idee attuali sulla costituzione della materia: il capitolo II è dedicato alla produzione dei raggi X; il III all'assorbimento dei raggi; il IV è dedicato ai filtri; il VI agli apparecchi e ai mezzi di misura dei raggi X; Il VII alla tecnica della radioterapia.

Il libro è raccomandabile anche al medico pratico.

MILANI.

JOSEF KOWARSCHIK. *Die Diathermie.* Sesta edizione accresciuta, con 125 figure, pag. 246. Julius Springer, 1928. Marchi 16.

La struttura fondamentale del libro notissimo del K. appare in questa nuova sesta edizione in complesso rispettata: la parte fisica della diatermia, lo strumentario; la tecnica, le azioni fisiologiche della diatermia; le applicazioni mediche e chirurgiche della diatermia costituiscono i capitoli fondamentali.

Ma i due ultimi capitoli eminentemente pratici sono stati profondamente rimaneggiati: moltissime sono le aggiunte e il trattamento delle varie malattie è stato aggiornato.

Il libro è destinato — come le altre edizioni — a una larga diffusione: sarebbe desiderabile che anche l'edizione italiana — oramai esaurita — seguisse questa tedesca. E. MILANI.

PLOTNIKOW. *Kurzer Leitfaden der Photochemie im Dienste der Medizin, insbesondere der Lichttherapie und Photophysiologie.* Edit. G. Thieme, Lipsia, 1928.

È un compendio di fotochimica destinato a medici; dopo una esposizione accurata della teoria l'A. descrive la tecnica di molte indagini fotochimiche con speciale riguardo alle applicazioni in farmacologia.

Il testo, di 200 pag. circa, è corredato da belle figure. VALDONI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 10 febbraio 1928.

Presidente: Prof. A. FERRATA.

Sopra alcune dermatosi dei lavoratori.

Dott. ROBERTO CASAZZA. — Dopo aver riassunto le attuali conoscenze sulla questione degli stati di allergia della pelle in generale, l'O. ne cerca l'applicazione nel campo delle dermatosi dei lavoratori, accentuando l'importanza dell'esame sistematico in questi ammalati della reattività generica e specifica della pelle. Riferisce poi di alcuni casi personali (forme dei fototipisti, forme da olii, da trementina, da cemento, da fabbricazione della seta artificiale, fra cui alcune con alterazioni ungueali) in maggior parte studiati sotto questo punto di vista.

Qualche fatto nuovo per interpretare la terapia malarica della paralisi progressiva.

ACHILLE MONTI. — L'infezione malarica non estingue la sifilide. Tale fatto venne dall'O. accertato ripetutamente durante la guerra, quando ebbe in cura parecchie migliaia di malarici, tra i quali non pochi sifilitici in atto.

Non esiste quindi un *antagonismo* tra malaria e sifilide, come quello che l'O. ha osservato tra pneumonite e malaria (in tal caso è la polmonite che estingue la malaria); giudica perciò inefficaci i tentativi che oggi si fanno per curare la sifilide comune con l'infezione malarica.

L'azione benefica della malaria nei paralitici progressivi, ormai accertata, appare perciò assai difficilmente spiegabile. Non è certo dovuta alle temperature iperpiretiche provocate dalla terzana benigna, perchè le stesse temperature determinate con mezzi chimici sono inefficaci. Il meccanismo d'azione deve essere un altro.

Infatti nei morti di paralisi progressiva (non curati con malaria) si trovano *costantemente* abbondanti spirochete nel cervello, spesso aggruppate in vortici od in grovigli di numerosi individui, quali li videro nei preparati presentati alla Società medica dal prof. Bravetta e dal dott. Peracchia, antichi allievi dell'O.

Per contrario nei paralitici progressivi stati sottoposti alla terapia malarica mediante innesto di terzana primaverile, quando vengono a soccombere *non si trovano più spirochete nel cervello.* Invece si trovano assai numerose le spirochete nella milza e nel midollo delle ossa. Molte spirochete appaiono immobili, raggomitolate su se stesse a guisa di cavaturaccioli ialini, e sembrano perciò più corte e più grosse delle spirochete vive normali. Non si può per ora escludere che queste forme in estinzione sieno dovute ad un fenomeno post-mortale, essendo state osservate in cadaveri sezionati ventiquattro ore dopo la morte. Ma ciò che più colpisce è il reperto di spirochete ancora vive e vivaci abbondantissime nella milza e nel midollo osseo, mentre non si trovano in altri organi. La quantità delle spirochete vive in detti organi risultò in qualche caso così grande, che la dimostrazione potè farsi facilmente col semplice esame a fresco, che permise di vedere spirochete mobili ed agilissime.

Questo è il fatto nuovo più importante che getta un raggio di luce sulla terapia malarica della paralisi progressiva. L'infezione terzanaria maligna, con le lesioni e con le reazioni che determina essenzialmente nella milza e nel midollo osseo, esercita un chemiotattis positivo sulle spirochete, che vengono richiamate in massa dal cervello verso gli organi ematopoietici.

L'effetto utile della malaria sul paralitico progressivo è dunque dovuto ad un fenomeno di *rivulsione* (quale era inteso nella vecchia patologia e nella vecchia terapia) che vale ad attirare le spirochete lontano dal sistema nervoso centrale e permette così la regressione e la sosta dei processi patologici ivi in corso. Per questa azione, che l'antico Rasori direbbe di controstimolo, viene distolta la spirocheta dalla localizzazione cerebrale, ma l'infezione sifilitica resta coi suoi caratteri generali specifici, ma deve diventare perciò più accessibile alle cure generali aspecifiche.

Sullo sviluppo della muscolatura del grosso intestino nell'uomo con speciale riguardo alle tenie e ai vasi.

Nicoli L. — L'O. ha studiato il modo con cui si formano i primi ispessimenti nella muscolatura longitudinale, primo abbozzo delle tenie, nel grosso intestino di una serie di feti umani di vari periodi di sviluppo. Egli ha visto che, sia macro- che microscopicamente, essi compaiono dapprima in numero di due e poi di tre su quei tratti del grosso intestino che per i primi sono soggetti a una distensione della parete per l'accumularsi del meconio e precisamente in quest'ordine successivo; sigma colico — tratto sinistro del colon trasverso — ceco. Ha studiato poi i vasi del grosso intestino e li divide in due gruppi, come già fece Lineback per il solo colon dell'adulto: vasi a breve decorso e vasi a lungo decorso trasversale. Ma egli ha pure osservato che i vasi lunghi del ceco si approfondiscono al limite mesocecale delle tenie libere e che i vasi lunghi del tratto terminale del sigma, dove la tenia libera è una sola, hanno un comportamento particolare in rapporto con le tenie. Prima della comparsa delle tenie i vasi hanno già la loro definitiva disposizione. Disposizione vasale e distensione della parete intestinale data dall'accumularsi del meconio, con successive ritmiche contrazioni della tonaca circolare, sono per l'O. fattori di grande importanza per la formazione delle « teniae coli ».

Ricerche sperimentali sul virus vaccinico.

Dott. Luigi Cattaneo. — L'O. espone una serie di esperienze sul coniglio arrivando alle seguenti conclusioni:

1) Tutti i vaccini di virulenza normale per l'uomo e per i bovini attecchiscono di regola anche sul rivestimento cutaneo del coniglio, producendo la caratteristica cherato-congiuntivite, se inoculati, con modalità opportune, sulla pelle.

2) Inoculati nel parenchima del testicolo la maggior parte dei vaccini producono un processo infiammatorio locale; l'infezione è trasmissibile col materiale raccolto dal quinto al settimo giorno nei successivi passaggi; di regola il processo aumenta d'intensità.

3) Solo alcuni tipi di vaccino si adattano ad attecchire nel coniglio, nel sottocutaneo o nel cervello, quando vengono direttamente introdotti in questi organi.

4) L'inoculazione di questi speciali tipi di vaccino nel cervello per via transparietale od orbitale produce un processo infiammatorio acuto delle meningi con diffusione dell'essudato alle guaine e qualche volta oltre l'avventizia vasale nel tessuto nervoso stesso senza alterazioni degli elementi nervosi dimostrabili con metodi comuni. Tale processo infiammatorio presenta caratteri e decorso sostanzialmente identici a quelli che nelle stesse condizioni il virus produce in altre sedi per es. nel tessuto connettivo sottocutaneo e nel testicolo.

5) La ricerca dei corpi di Guarneri nei processi locali da virus vaccinico con sede viscerale o comunque all'infuori della cornea è sempre riuscita negativa.

6) Il virus vaccinico inoculato sulla cornea e sulla cute non dà mai localizzazioni secondarie nei visceri in generale, nè in particolare negli organi del sistema nervoso centrale e loro dipendenze.

7) I virus vaccinici dotati della attitudine ad attecchire nel coniglio al di fuori del rivestimento cutaneo, introdotti per via sottocutanea e nel sangue circolante, si diffondono nell'organismo, ma non danno mai localizzazioni nei visceri, nè nel sistema nervoso centrale.

Il Segretario: Dott. Ricci.

R. Accademia Medica di Genova.

Seduta del 27 gennaio 1928.

Controllo radiologico dell'azione dell'istamina sullo stomaco.

Dott. P. Berri e dott. M. Maino. — Gli OO., partendo dall'ipotesi che l'istamina — eccitatrice della secrezione gastrica e della motilità dei muscoli lisci — potesse esperire un'azione sulle fibre muscolari dello stomaco, hanno cercato di studiare radiologicamente se l'Istamina apportasse modificazioni nel tono, nella peristalsi e nel tempo di scuotimento dello stomaco esaminato col metodo del comune pasto opaco e nella secrezione, controllato col metodo combinato.

Le indagini sinora esperite non permettono di concludere su di una netta e costante azione dell'Istamina sulla muscolatura gastrica. Tuttavia è innegabile che l'amina di cui si può controllare agevolmente la pressochè costante azione ipersecretoria, esercita una certa influenza ora sul tono ora sulla peristalsi, influenza variabile da soggetto a soggetto. Alcuni stomaci non reagiscono affatto all'iniezione di Istamina, altri reagiscono solo in una delle loro proprietà muscolari, altri ancora offrono tutto il quadro — per quanto ridotto — di una ipercinesi.

Osteite deformante del Paget con sarcoma dell'omero.

Prof. Segale G. Carlo. — L'esame clinico, radiografico ed istologico dimostra trattarsi di una osteite deformante del Paget insorta in un uomo di 50 anni, e con localizzazioni prevalenti al cranio, alla clavicola e all'omero destro, al femore sinistro; sull'alterazione primitiva, e in corrispondenza del tessuto di sostituzione del midollo diafisario dell'omero destro, ha preso origine un sarcoma a elementi fusocellulari e polimorfi, dotato di alto grado di malignità, che ha condotto alla frattura della diafisi omerale. La Wassermann è negativa.

La disarticolazione della spalla è seguita da guarigione senza recidiva locale. Dopo sei mesi l'a. muore per metastasi sarcomatosa cerebrale, con localizzazione nel centro ovale e invasione delle meningi.

L'O. riferisce un altro caso, un osteosarcoma della scapola in un individuo di 66 anni affetto da osteopatia del Paget, e vengono per gentile concessione del collega Porro presentate le radiografie illustrative.

La concomitanza di casi di sarcomi delle ossa dotati di alto grado di malignità, e insorti in pagetici non è affatto rara. Data la relativa scarsezza di sarcomi di fronte ad altri tumori e la relativa frequenza di sarcomi in pagetici ed in età adulta, vien fatto di pensare che non si tratti di una pura concomitanza, e non è da escludersi che questa osteopatia crei condizioni locali predisponenti.

Alcune considerazioni sui così detti "falsi débits".

Dott. V. RAFFO e dott. G. MAZZACUVA. — Gli OO. dopo aver rapidamente riassunta la letteratura sull'argomento, riferiscono di aver rilevato, nei casi di tubercolosi renale occorsi alla loro osservazione, l'esistenza di falsi débits ureici con una percentuale del 15.75. Hanno altresì dimostrato l'esistenza di falsi débits ftaleinici nel 5 % dei pazienti.

La formula correttiva di Chabanier, Gaume e Papin, per l'urea, ha loro fornito risultati soddisfacenti. In uno dei casi il quoziente di Tardo non ha corrisposto. La cromocistoscopia all'indaco carminio si è dimostrata nei casi in questione un prezioso metodo per la valutazione funzionale renale.

Sulla tubercolosi delle cartilagini costali.

Prof. T. BIANCHERI. — L'O. in base alle sue osservazioni, ammette che nella maggioranza dei casi si tratti di pericondrite tubercolare e che solo eccezionalmente l'inizio della malattia sia intracartilagineo: in quest'ultimo caso la cartilagine contiene zone di ossificazione che sono la sede primitiva del male.

L'O. segnala l'importanza del trauma come fattore predisponente. Egli ha contrapposto alla cura medica solita la cura chirurgica, asportando ampiamente tutto il focolaio morboso, la qual cosa fu sempre possibile senza apertura della pleura e senza incidenti di alcun'altra specie; e conclude in favore di quest'ultima, tanto più che spesso si tratta di una manifestazione tubercolare clinicamente unica.

Riferisce 8 casi guariti con tale metodo.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 27 gennaio 1928.

Sopra una particolare alterazione delle capsule surrenali.

Dott. G. A. CHIURCO. — Descrizione di un caso nel quale le surrenali di una donna di 50 anni, morta per broncopolmonite, che apparivano da ambo i lati in preda a parte congestione passiva, presentavano la maggior parte dei cordoni e dei glomeruli corticali, occupati da cavità più o meno voluminose, manifestamente prodottesi per la distruzione di un certo numero di cellule parenchimali.

Per quanto una simile alterazione delle surrenali sia stata già notata da vari autori, specie da Askanasy, Prym, Beckmann, Demole, Lunghetti, l'osservazione di Chiurco appare particolarmente interessante oltre a diverse particolarità strutturali per la grande estensione presentata dall'alterazione morbosa, che non pare sia stata mai riscontrata.

L'O., avendo avuto l'occasione di esaminare la numerosa collezione di preparati microscopici di surrenali posseduta dal prof. Lunghetti, conclude ritenendo che l'alterazione in parola si riscontra non molto di rado in rapporto ai più diversi stati morbosi.

Contributo alla conoscenza dell'anatomia patologica delle ghiandole salivari.

Prof. B. LUNGHETTI. — Con l'esame microscopico delle ghiandole salivari (parotide e sottomascellare) di una sessantina di individui, di varie età e morti per malattie della più varia natura, l'O. ha potuto rilevare con relativa frequenza delle alterazioni morbose a carico del parenchima, dei condotti escretori, dello stroma. Le alterazioni parenchimali, che più di frequente sono apparse sono consistite in fenomeni regressivi varî, fino alla distruzione di un certo numero di cellule parenchimali. Nei condotti escretori, oltre a modificazioni del lume, e del suo contenuto, l'O. ha potuto riscontrare delle alterazioni di vario genere a carico tanto dell'epitelio nel suo complesso quanto delle singole cellule che lo costituiscono.

Nello stroma l'O. ha notato passi di semplice addensamento, di proliferazione più o meno accentuata, raramente di fenomeni regressivi. Constatazioni di un certo interesse l'O. ha potuto fare anche sul comportamento del tessuto adiposo in seguito alle ghiandole stesse, nonchè sulla struttura e sulle modificazioni che possono presentare le diverse formazioni linfoidi reperibili nella compagine delle ghiandole salivari.

Dott. C. LEINATI. — *Micosi rare in animali.*

G. MARIANI (Studente). — *Sulle alterazioni dell'ipofisi nei capponi castrati da lungo tempo.*

Ricerche sull'emogramma di Schilling nel campo ginecologico.

Dott. MARIO TRETTENERO. — L'O. ha studiato prima il comportamento dell'emogramma nel campo fisiologico; sulla base della conoscenza di esso ha studiato le alterazioni che le varie cause morbose ginecologiche determinano sull'emogramma. Dei più interessanti tipi di esse l'O. presenta delle tabelle e delle curve. Egli conclude che l'emogramma è un buon segno obbiettivo il quale, inquadrato tra gli altri sintomi clinici e bene interpretato, può dare elementi utili e qualche volta decisivi per alcune indicazioni operatorie, per il decorso delle operate, e, in genere, per la diagnosi, la prognosi e la cura di molte affezioni ginecologiche.

Sulla liponecrosi multipla sottocutanea.

Prof. G. MORONE. — Dopo aver illustrato 5 casi clinici di liponecrosi sottocutanea spontanea, a focolai multipli diffusi e a focolai bilaterali simmetrici, l'O. definisce nelle sue varietà anatomo-cliniche detta affezione, se non rarissima, certamente assai poco nota.

Ne discute in modo particolare la patogenesi, mettendo in rilievo le condizioni etiologiche ed il complesso meccanismo formativo delle lesioni, e conclude, a questo riguardo, che la liponecrosi sottocutanea, se trova la sua causa determinante più frequente in un trauma quando l'affezione sia costituita da un focolaio unico, ripete la sua origine da più condizioni nelle forme multiple, un gruppo delle quali si deve ritenere di natura disendocrino-simpatica. In queste, l'alterato metabolismo del grasso dipendente da disfunzioni ghiandolari complesse — con predominio di quelle ovaro- o testicolo-tiroidee — costituisce il fattore disponente; mentre il fattore efficiente è da ricercarsi di regola nell'ischemia o comunque nell'insieme dei disturbi del circolo sanguigno periferico — od anche in vere alterazioni vasali — tanto comuni negli stati disendocrino-simpatici, atti a provocare in determinate condizioni quel processo autolitico della cellula adiposa che sta a fondamento della cosidetta citosteatonecrosi del tessuto cellulare sottocutaneo.

Lo studio delle proprie osservazioni, e di quella di Bignami, in particolar modo fra le oss. della letteratura, suffraga in modo verosimilmente probativo un tale concetto patogenetico.

Linfangioendotelioma del grande epiploon.

Dott. C. LEINATI. — L'O. illustra un caso di linfangioendotelioma del grande epiploon, asportato operativamente dal prof. Morone, molto interessante, dal punto di vista clinico, perchè si potè intervenire quando il tumore era ancora suscettibile di cura radicale; ed ancor più dal lato anatomo-patologico, perchè si trattava di un tumore solido — a differenza degli altri sette casi della letteratura — malgrado avesse raggiunto il volume di una testa di bambino ed avesse invaso massivamente tutto l'epiploon. Istologicamente il tumore presentava una spiccata e diffusa tendenza delle cellule endoteliali di neoformazione alla degenerazione mucosa; alla periferia era però chiaramente dimostrabile la proliferazione dell'endotelio dei vasi linfatici.

Sopra un caso di obliterazione dell'appendice vermiforme.

Dott. P. COCCHERI. — In un uomo di 65 anni, morto per carcinoma gastrico, l'appendice, che apparve libera da qualsiasi aderenza patologica, presentò dimensioni abnormemente rilevanti, avendo una lunghezza di 14 cm., ed un diametro di circa 10 mm.

Nelle sezioni trasverse, praticate a diversa altezza, l'appendice si mostrò completamente occupata nel suo interno da un tessuto bianco-giallastro piuttosto molle.

L'esame microscopico dimostrò come nei due terzi distali dell'organo mancasse completamente il lume appendicolare, che si riscontrò solo nel terzo prossimale in forma di stretto infundibulo.

Nella parte distale dell'appendice tutto lo spazio delimitato dalla robusta tunica muscolare apparve occupato da un tessuto connettivo lasso piuttosto ricco di vasi e di cellule adipose. Solo lungo l'asse dell'appendice si notò un ricco intreccio di fibrille connettivali, sensibile sopratutto nel terzo medio dell'appendice.

Nel terzo prossimale si notò inspessimento notevole della sottomucosa e del chorion, nel quale si vide qualche follicolo linfoide in via di sclerosi.

L'O., prese in rapida considerazione le opinioni espresse dagli autori per spiegare la obliterazione dell'appendice, concluse ritenendo probabile che la obliterazione appendicolare da lui riscontrata fosse la conseguenza di lievi fatti flogistici svoltisi in un'appendice insolitamente ricca di tessuto linfoide, passato così a stato di sclerosi: obliterazione, che invece di essere seguita da una retrazione di tessuto, ha avuto come postumo la formazione di tessuto cellulo-adiposo relativamente abbondante. *Il Segretario*: A. CAROLI.

Società fra i Cultori delle Scienze Mediche e Naturali in Cagliari.

Seduta ordinaria del 20 gennaio 1928.
Presidente: Prof. C. CENI.

Il liquido mordente Petragnani nella colorazione istologica.

Prof. G. PETRAGNANI. — Ricorda il suo metodo di colorazione delle ciglia dei batteri comparso su *Il Policlinico*, Sez. prat., anno 1922.

Per ottenere vantaggevoli risultati nella colorazione istologica egli ha dovuto rinunciare ad una parte della energia mordenzante del liquido, diluendolo prima di farlo agire sul preparato, e lavando questo nell'alcool prima di colorarlo.

Il tessuto nervoso centrale è ben colorato e differenziato. Le cellule nervose son bene colorate ed anche la struttura dei protoplasmi è messa notevolmente in evidenza. Svariati tessuti ed organi colorati con questo metodo dimostrano di essere dotati di cellule nervose più abbondantemente di quanto sin'oggi risulti. Gangli nervosi ha infatti trovato costantemente sotto l'epitelio della lingua, nel pancreas, nel surrene; ma particolarmente notevole gli è sembrata la ricchezza di cellule nervose dello strato muscolare del tubo digerente per cui gli sembrerebbe più giusto che nell'anatomia istologica dell'intestino più che di un « plesso mesenterico » si parlasse di uno « strato o tunica di cellule nervose » o, come meglio, si desse alla « tunica muscolare » il nome di « tunica muscolo-nervosa ».

La colorazione di un preparato riesce facilmente, per lo meno quanto i comuni preparati alla ematossilina ed eosina, e non richiedono più di 5-10 minuti di tempo. Nei preparati si notano

tre diversi colori (eosina, ematossilina e bleu) di cui ognuno assume diversi gradi e tonalità a seconda delle cellule e degli elementi, sicchè ne risultano utili differenziazioni.

L'O. espone quindi i particolari del metodo e la formula del liquido mordente.

Influenza delle pennellature cutanee di catrame sugli innesti di tessuti fissati. (Nota preliminare).

Prof. B. POLETTINI. — L'O. comunica i primi risultati di esperienze istituite allo scopo di vedere quale influenza può esercitare il catrame applicato ripetutamente sugli integumenti di orecchi di coniglio, nei quali precedentemente erano stati praticati innesti sottocutanei di bacinetto renale di coniglio fissati in alcool. L'O. ha constatato che, dopo 139 giorni dall'innesto, dopo 97 giorni dall'inizio del trattamento con catrame e dopo 39 pennellature, nessuna differenza è possibile rilevare tra le neoformazioni cartilaginee degli orecchi pennellati e le neoformazioni cartilaginee degli orecchi non pennellati con catrame.

Castrazione e anafilassi. (Nota preliminare)

Dott. E. SECHI. — L'O. ha preparato cavie (maschi e femmine) castrate (dopo 12 giorni dalla castrazione) con albume d'ovo contemporaneamente a cavie di controllo normali. Alla iniezione di prova ha constatato che le cavie castrate sono molto più resistenti allo shoc anafilattico che le normali, nel senso che sopravvivono anche a due, tre dosi di antigene mortali per i controlli.

Prof. C. CENI. — Chiede al R. se nelle sue esperienze ha tenuto conto degli stati di squilibrio endocrino che susseguono alla castrazione, squilibri che cambiano di natura nei diversi periodi che decorrono dopo la castrazione.

Prof. G. PETRAGNANI. — Condividendo col Sechi la necessità troppo legittima, di essere riservato in un reperto ottenuto solo su 6 cavie, particolarmente in un campo sperimentale come quello dell'anafilassi, crede utile rendere noto quanto gli è incorso di osservare sopra ben 150 cavie. Volendo ricercare l'influenza esercitata da questo o quell'antisettico aggiunto ai sieri antigeni, ebbe a constatare, con notevole costanza, l'azione filattica del formolo sullo choc, qualora il formolo fosse addizionato al siero qualche tempo prima di iniettarlo all'animale sensibile. Un'azione opposta gli risultò possedere l'etere. Tutto ciò sarà controllato. In ogni caso, se le esperienze del Sechi troveranno conferma, come si augura, nelle ricerche successive e se da parte sua riuscirà a confermare l'azione filattica del formolo, questa azione protettiva del formolo potrebbe anche, in certa misura, riportarsi al concetto espresso dal Sechi, in dipendenza dello choc dalle secrezioni interne, perchè è noto che il formolo in veicolo albuminoideo ha azione neutralizzante sulla adrenalina.

Prof. B. POLETTINI. — Fa osservare che ha fatto praticare al dott. Sechi la sensibilizzazione degli animali castrati dopo pochi giorni dalla avvenuta castrazione appunto perchè è noto che in seguito all'asportazione di qualsiasi ghiandola endocrina, dopo un certo tempo, si ha la formazione di un nuovo equilibrio ormonico e perciò per studiare nell'animale adulto l'effetto dell'asportazione di una ghiandola endocrina è necessario farlo nei primi periodi dall'esportazione della ghiandola stessa.

Sulla frequenza di alcune malattie ginecologiche nella provincia di Cagliari.

Prof. M. BOLAFFIO. — Ha istituito un confronto fra la frequenza di alcune affezioni ginecologiche nelle Cliniche di Cagliari e di Roma. I *fibromi* dell'utero danno cifre percentuali sulle ricoverate molto alte tanto a Roma che a Cagliari. Di fronte a circa 5 per cento della media delle statistiche tedesche il 10 % a Roma, l'11 % a Cagliari. A Cagliari si ritrova però la media generale, cioè esattamente il 4.75 %, fra le sole ammalate di ambulatorio cioè del ceto più povero. Conferma dunque della maggior frequenza dei fibromi nelle classi agiate. Il *cancro* dell'utero è meno frequente a Cagliari che a Roma, rispettivamente 4.45 % e 15.2 %, considerando tutti i casi presentatisi. Fra i circondari facenti capo a Cagliari il meno colpito è Lanusei, il più colpito Iglesias, per l'affluenza di cancri da Carloforte che ha popolazione ligure. La *tubercolosi* genitale femminile è più frequente a Cagliari che in qualsiasi altra statistica, secondo il recente studio del Mossa. Il circondario più colpito è Lanusei. Il *prolasso genitale*, come tutte le ptosi, è più frequente a Cagliari che a Roma: rappresenta a Cagliari il 6.15 % delle ricoverate, di fronte al 4.7 % di Roma. Per la frequenza del prolasso come della tubercolosi, crede essenziale la frequenza della costituzione astenica in Sardegna, con cui va bene d'accordo anche la rarità relativa del cancro secondo quanto è noto dai tempi di Rokitanski. Ma la stessa costituzione crede debba connettersi con condizioni di razza.

Prof. A. BUSINCO. — Pensa che la maggior frequenza di queste due malattie (tubercolosi genitale e cancro) tenga, in gran parte al fatto che qui affluiscono in maggior numero, se non in totalità i casi molto gravi, mentre le cifre di altri ambienti si ricavano da materiale più vario. Non esiste un preteso antagonismo, come qualcuno vorrebbe, fra malaria e tubercolosi; chè, anzi gli sembra che sul terreno di minorazione generica determinato dalla malaria possa meglio vivere e prosperare la tubercolosi.

Seduta ordinaria dell'8 febbraio 1928.

Presidente: Prof. C. CENI.

Un caso non comune di asfissia localizzata parossistica (Morbo di Raynaud?).

Prof. LUIGI FERRANNINI. — Riferisce di una donna la quale da circa 4 anni presenta crisi parossistiche di sincope e poi cianosi delle parti del corpo che subiscono l'azione di un raffreddamen-

to anche lieve: si tratta di un caso interessante per due ordini di considerazioni, rispettivamente fisio-patologico e nosografico. La donna, che ha solo 30 anni ed è immune da altre malattie, non presenta alterazioni organiche del suo sistema vasale; mentre l'esame funzionale del sistema nervoso della vita vegetativa e di quello endocrino, dimostra una scarsa sensibilità del vago ed una relativamente facile ma parziale sensibilità del simpatico che si esaurisce presto. Tutto ciò dà ragione di una atassia vasomotrice che, mentre può almeno in parte spiegare le crisi di asfissia, non oltrepassa di molto quello che si riscontra in tanti individui che passano per normali e che non presentano mai le crisi parossistiche osservate nella malata in parola.

L'O. descrive le caratteristiche studiate sul sangue del malato e pensa che la coincidenza delle variazioni della autoagglutinazione in rapporto con la temperatura con i fenomeni accessionali in rapporto pure alla temperatura, gli fanno sospettare che le modificate condizioni fisiche del sangue determinate dal raffreddamento intervengano nella produzione degli accessi parossistici di asfissia. Nessun rapporto hanno gli accessi con la crisi emoclasica.

Dal lato nosografico il caso è importante perchè gli accessi di asfissia sponeanei o provocati, si possono avere in parti diverse del corpo, ciò che non fu mai descritto nel morbo di Raynaud.

Sorge perciò il sospetto che il caso rientri come una varietà nuova nella descrizione del morbo di Raynaud, o riguardi un fatto nuovo finora non descritto.

Proprietà biologiche specifiche delle ovaia di vertebrati inferiori. Reazioni genetiche e reazioni antimaterne.

Prof. C. CENI. — Le proprietà specifiche delle ghiandole germinative, da Brown-Sequard in poi, furono studiate quasi esclusivamente con organi di mammiferi, ma le applicazioni pratiche in opoterapia hanno dato risultati così diversi ed opposti da far nascere il giustificato scetticismo sulla loro efficacia. Ad aumentare tale scetticismo si aggiunga la deficienza o la mancanza di dati sperimentali sull'animale che permettono il controllo delle proprietà specifiche di queste ghiandole. Si può dire infatti che la così detta *reazione estrale* in animali castrati, sia l'unica prova sperimentale che possediamo per valutare l'azione della sostanza ovarica. Nessuna prova esiste poi sull'azione specifica della sostanza testicolare. La reazione estrale che serve a mettere in rilievo le proprietà specifiche delle ovaia, cioè i presupposti ormoni sessuali femminili mediante iniezioni in femmine si ottiene però anche con iniezioni del liquido follicolare, del sangue e perfino delle orine di donne puberi.

Davanti a tante incertezze e contraddizioni l'O. ha eseguito una lunga serie di esperienze sulle ghiandole germinative non di mammiferi, ma di vertebrati inferiori (uccelli e pesci). Tali ricerche hanno condotto alla dimostrazione che le proprietà specifiche di questi organi variano di grado e notevolmente, anzitutto da specie a specie, e in secondo luogo da fase a fase dell'attività sessuale dell'animale. Le ghiandole più attive appartengono agli animali più proliferi e a manifestazioni erotiche più accentuate. In generale però in tutti i vertebrati inferiori esistono delle fasi in cui le ghiandole germinative sono completamente prive di proprietà specifica e sono del tutto inattive; mentre in altre fasi le stesse ghiandole sono iperattive, cioè posseggono proprietà specifiche di altissimo valore, superiori certo a quelle finora riscontrate nei mammiferi. Le proprietà specifiche di queste ghiandole furono sperimentate con sostanza organica in toto, essicata e polverizzata, somministrandola per via orale al pollo e più specialmente alla gallina che si presta allo scopo meglio di qualsiasi animale.

L'O. si limita in questa prima comunicazione ad esporre i risultati sperimentali più importanti avuti con la sostanza ovarica iperattiva dei vertebrati inferiori i quali furono diversi ed opposti a seconda della quantità somministrata. Sopratutto nella chioccia i risultati acquistano uno speciale valore dimostrativo. Per ingestione di dosi *minime* somministrate alla chioccia, l'animale in pochi giorni riacquista i caratteri sessuali esterni, entra in ovulazione e contemporaneamente perde l'impulso materno, disinteressandosi del tutto della prole: *reazioni genetiche* e *reazioni antimaterne*.

Con l'ingestione di dosi *massime* l'animale perde bensì i caratteri della maternità psichica, ma non acquista quelli sessuali. L'animale diventa presto una madre snaturata, ma non erotica.

Nel primo caso, cioè nell'ingestione di dosi minime di sostanza ovarica iperattiva, si ha un'azione stimolatrice rapida sulla glandola ovarica e sulla pineale e contemporaneamente un'azione inibitrice sul gruppo ghiantitetico, cioè, sulla tiroide, paratiroide, surreni ed ipofisi.

Nel secondo caso, cioè nell'ingestione di dosi massime di sostanza ovarica iperattiva, si ha invece un'azione prevalentemente inibitrice su tutte le ghiandole endocrine, comprese quelle del gruppo sessuale.

Ricerche di controllo eseguite con prodotti ovarici messi in commercio ed ottenuti da ovaia di mammiferi con o senza corpo luteo, anche a dosi elevate, hanno dato risultati negativi, cioè furono incapaci di provocare la reazione genetica e la reazione antimaterna sopra enunciate.

L'O. si propone di esporre in seguito i risultati dell'applicazione pratica delle sue ricerche sulle proprietà biologiche delle ghiandole germinative dei vertebrati inferiori, le quali vengono indubbiamente ad aprire nuovi orizzonti all'opoterapia sessuale nei vari campi della medicina, e più precisamente in tutti quei casi in cui per una ragione qualsiasi alla diminuita funzione delle ghiandole sessuali si associa un'esagerata funzione delle ghiandole antitetiche e più specialmente della tiroide.

Il Segretario: P. ATZENI TEDESCO.

Associazione Medico-Chirurgica di Alessandria.

Seduta del 18 novembre 1927.
Presidente: FINZI.

Tremore essenziale ereditario a tipo " Parkinsonsimile „.

CAREZZANO. — Presenta il caso di un vecchio settantenne affetto da demenza senile, con un tremore a tipo nettamente parkinsoniano. Non essendovi però nessun altro sintoma che possa far pensare ad un caso di paralisi agitante, esclude in modo assoluto tale diagnosi e dice doversi ritenere il tremore, da cui il soggetto è colpito, come essenziale ereditario. Ricordando casi consimili descritti da Dromard e da Ricca, ne deduce la impossibilità di stabilire una esatta classificazione dei tremori e l'opportunità di non attribuire valore patognomonico a nessun tipo di tremore.

La sifilide nell'eziologia del morbo di Parkinson.

CAREZZANO (Alessandria). — L'O. si sofferma specialmente sulla possibilità di una origine luetica sostenuta già da Werteim-Salomonson, Massary, Souques, Coppola ed altri. Presenta quindi un caso di malattia di Parkinson in un soggetto quarantenne in cui la lue pregressa, lo stesso andamento della infermità, l'assenza di qualsiasi altro possibile fattore eziologico fanno pensare ad una probabile origine sifilitica della sindrome.

Alcune considerazioni intorno alla cosidetta " appendicite sinistra „.

FINZI (Alessandria). — Quattro osservazioni cliniche, che rapidamente riassume, spingono l'O. ad alcune considerazioni sulla così detta appendicite sinistra.

Sostiene la necessità di distinguere la vera appendicite sin. dalla sindrome appendicolare sin. e dice che si dovrà parlare di appendicite sin. solo quando l'appendice si trovi in toto o quasi in toto a sin. della linea mediana. Seguendo questo criterio il numero già di per sè modesto delle appendiciti sin. risulta ancora di molto ridotto, venendosi a togliere dal quadro quei casi nei quali l'appendice sorpassa la linea mediana col solo apice. Questi casi costituirebbero, secondo l'O. una forma intermedia fra la mesoceliaca e la vera appendicite sin.

Relativamente ai suoi casi, seguendo i concetti su esposti, uno solo, il IV (nel quale l'appendice gangrenata aderiva in toto al peritoneo parietale post., a sin. della linea mediana e subito sopra la pelvi) appartiene alla categoria delle vere appendiciti sin.; mentre nel primo caso non si tratta che di una manifestazione sin. d'una appendicite d. e più specificatamente d'un'appendicite d. che ha dato luogo alla formazione d'un ascesso iliaco sin. consecutivo, in questo caso, a una peritonite diffusa. Il secondo caso, nel quale vi era uno spostamento verso la linea mediana del cieco e nel quale l'appendice, angolata, sorpassava con l'angolo di pochi millimetri la linea mediana, va considerata una forma intermedia fra la mesoceliaca e la appendice sin.; nel III caso invece non si tratta che di una sindrome appendicolare sin. da appendicite d.

FASANO. — Concorda con Finzi nello stabilire il criterio anatomico come base per la diagnosi di appendicite sinistra e, dopo aver accennato a due casi clinici personali, sostiene però che anche il criterio clinico non deve essere del tutto trascurato.

Il nistagmo vestibolare nell'iperpressione cranica.

PALLESTRINI (Torino). — L'O. ha esaminato dieci ammalati, affetti da neoplasie o neoformazioni intracraniche, allo scopo di studiare se le reazioni vestibolari in queste affezioni presentassero quelle caratteristiche variazioni, già da Jones comunicate e successivamente confermate da Eagleton, in base a risultanze esclusivamente cliniche.

Gli autori americani ritengono che in caso di aumentata pressione intracranica della fossa cerebrale posteriore il nistagmo da eccitamento rotatorio resta bilateralmente diminuito di durata, ed il nistagmo orizzontale da eccitamento del canale semicircolare esterno, ottenuto con l'otocalorimetro, persiste, mentre è abolito il nistagmo rotatorio, da stimolazione limitata al gruppo dei canali semicircolari verticali (verticale anteriore e verticale posteriore).

Questi disturbi si accentuano progressivamente nella successiva evoluzione delle lesioni e non regrediscono se la causa dell'ipertensione non viene rimossa.

Dei casi studiati due interessavano principalmente od esclusivamente le fosse anteriori e medie; ora è notevole che le reazioni di Jones sono state positive nell'ammalato del pneumoencefalo nel periodo preoperatorio, quando il volume della raccolta gazzosa era di tali dimensioni da esercitare una compressione indiretta anche sulla fossa cerebellare omolaterale; dopo l'intervento, aperta la raccolta, e cessati i fenomeni compressivi anche la sindrome vestibolare si è del tutto rimessa.

La scomparsa del potere di eccitazione dei canali verticali è stata positiva in tre casi soltanto degli altri otto studiati, e precisamente in tre casi ove all'esame necroscopico è stato possibile rilevare un'azione compressiva diretta, od indiretta, perchè esercitata nelle immediate vicinanze, del tronco del nervo acustico o dei suoi nuclei bulbari o delle vie vestibolo-mesencefaliche.

Ciò dimostra che la descritta sindrome non dipende da uno stato di ipertensione diffuso della fossa cerebrale posteriore, ma esclusivamente dalla topografia della lesione causale, e dalla sua azione sulle vie e centri vestibolari.

Praticamente i risultati ottenuti hanno indubbio valore sia per la percentuale di risultati positivi (3-7), sia perchè in due di essi è stata possibile per i soli esami vestibolari la localizzazione precisa della neoplasia, là dove l'esame neurologico e radiologico avevano permesso il rilievo di dati contradditori ed insufficienti.

DEBENEDETTI. — Riferisce di un caso di tumore dell'acustico da lui studiato ove esisteva ineccitabilità vestibolare alla prova termica, e mancava il nistagmo spontaneo.

Il prof. PALLESTRINI risponde che in base alla scarsa sintomatologia riferita non è possibile una completa disamina del caso riportato; che la differenziazione fra nistagmo spontaneo di origine centrale e nistagmo spontaneo di origine vestibolare riesce quasi costantemente possibile dal minuto rilievo dei caratteri del nistagmo stesso e dai risultati ottenuti mediante l'eccitamento termico; e che infine per queste ricerche è opportuno valersi di quei metodi di stimolazione che consentono di rilevare la soglia del riflesso termico in quanto è talvolta già possibile ottenere il nistagmo orizzontale e non ancora il nistagmo rotatorio.

Contributo alla cura del morbo di Pott col metodo di Albee.

FASANO (Asti). — L'O. illustra il caso di un malato di morbo di Pott presentatosi a lui in condizioni assai gravi dopo aver ricorso ripetutamente ed inutilmente ad apparecchi gessati e a corsetti. Intervenne cruentemente con l'intervento di Albee. Il decorso post-operatorio fu normale; il malato mantenne l'apparecchio gessato per sei mesi, e quindi, completamente guarito, si impiegò in uno stabilimento metallurgico dove lavora ancora attualmente ed in ottime condizioni di salute. In base a questi risultati l'O. ritiene che il metodo di Albee possa in casi eccezionali applicarsi, per quanto contro di esso si siano schierati valenti cultori dell'ortopedia quali il Putti ed il Galeazzi, e ciò non perchè si possa sperare con l'innesto di dare appoggio statico alla colonna vertebrale, ma perchè l'innesto stesso, apportando elementi osteoblastici vitali su un tessuto incapace di rigenerazione, esercita uno stimolo alla neoformazione ossea provocando così la saldatura tra vertebre sane e vertebre malate.

Radiodermiti e raggi ultravioletti.

DIANA (Alessandria). — L'O. illustra quattro casi di pazienti affetti da lupus con roentgendermiti datanti da molti anni e già inutilmente curate coi mezzi più svariati, casi nei quali egli ottenne la guarigione della radiodermite e l'attenuazione dei sintomi del lupus mediante l'applicazione di raggi ultravioletti. La durata della cura fu di circa tre mesi con applicazioni a giorni alterni, limitazione della parte, tempo da 5 a 20 minuti gradatamente, distanza da 70 a 40 cm. pure gradatamente, lampada a quarzo Bach.

ARTOM. — Fa notare come molte radiodermiti dipendano dalla difficoltà di dosaggio dei raggi Roentgen, accresciute anche da fenomeni di sensibilità momentanea.

DIANA. — In tutti i casi di radiodermiti da lui visti, nei quali i fenomeni datavano sempre da lungo tempo, adoperando anche raggi Roentgen durissimi ha sempre visto ridestarsi la radiodermite, cosa che non gli avvenne mai coi raggi ultra-violetti.

Alcune indicazioni della terapia tiroidea.

DEBENEDETTI (Asti). — L'O. ritiene che, colla scoperta di principii chimicamente definiti e perciò di azione costante e dosabile, si sia entrati in una fase di realizzazione. Ricorda alcuni dati sulla costituzione della tirossina, ne enumera le azioni farmacologiche, espone i procedimenti in uso per il controllo dei preparati tiroidei, indi passa in revisione la fisiologia della tiroide e l'azione dei preparati tiroidei sulle principali malattie da ipotiroidismo. L'O. ha avuto qualche buon risultato in forme franche di ipotiroidismo ed in altre fruste (obesità, stitichezza, edemi trofici della menopausa, gozzi della pubertà). Infine riferisce su di un caso di gozzo retrosternale con gravissimi segni di compressione (edemi agli arti superiori, circolo collaterale, idrotorace, accessi di soffocazione) che ha ceduto con estrema rapidità e completamente alla terapia tiroidinica.

FORNARA. — Ricorda che in pediatria la terapia tiroidinica ha dato buoni risultati in forme cutanee (ittiosi) ed in certe forme di nefrosi nelle quali edemi imponentissimi hanno ceduto alla somministrazione di preparati tiroidei per via ipodermica.

ARTOM. — Dice che in dermatologia si è alquanto esagerato nell'uso della tiroidina. È indubitato che i preparati tiroidei agiscono sulla nutrizione della cute e degli annessi cutanei, ma assai fugace è il loro effetto ed assai oscuro il meccanismo d'azione.

CAREZZANO. — Accenna ai recenti tentativi di impiego dei preparati di tiroide nella cura del morbo di Basedow ed agli incerti e disparati risultati ottenuti.

DIANA. — In una basedowiana ha ottenuto buoni risultati con applicazioni galvaniche e di raggi Roentgen sulla tiroide e con applicazioni eccitanti sulle ovaie.

SAMPÒ. — Dice di aver usato la tiroidina in compresse dell'I. S. M. nella cura di una donna polisarcica presentante fatti dispnoici gravi. I risultati furono eccellenti; subito dopo consumata la prima scatola del preparato, il peso diminuì di circa 5 kg. e tutta la sintomatologia regredì fortemente.

CAREZZANO, *segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Sul così detto dolore mesenteriale di pressione. (Dolore di pressione secondo Rosenstein).

È dato da Rosenstein come segno sicuro di processo infiammatorio dell'appendice e del cieco Tale dolore si provoca mettendo il malato sul fianco sinistro ed affondando con la mano l'addome tre dita trasverse all'interno ed alquanto in basso della spina iliaca ant.-sup. Speciale importanza ha questo segno per la differenziazione del cieco mobile.

Il segno è stato ricercato da Cohn (*Brun's Beitr. z. Klin. Chir.*, 140, 2-1924) in 65 casi di appendicite acuta, 35 di appendicite cronica. Nell'appendicite acuta il segno di Rosenstein fu presente nel 95 %, quello di Mac Burney nel 98 %, mentre il dolore nel punto di Kümmell e in quello di Lanz fu rispettivamente di 64 ½ % e 60 %. Nei 35 casi di appendicite cronica il segno fu presente nel 74 % mentre il dolore nel punto di Mac Burney, di Kümmell e di Lanz fu presente nel 65 %, 37 %, 34 %. In circa 100 casi di diagnosi differenziale mancò sempre tale dolore di pressione, e mancò anche in casi in cui gli altri punti dolorosi erano positivi mentre all'esame anatomo-patologico macro- e microscopico non furono trovate lesioni dell'appendice. Esso era presente, insieme con la dolorabilità del punto di Mac Burney, in un caso di colelitiasi e di pielite destra nel quale all'operazione fu trovata una appendice infiammata. Facendo delle ricerche istologiche in mesenterioli di appendici asportate ha trovato alterazioni vasali, infiltrazioni linfatiche, processi tromboflebitici solo nei casi gravi. Il dolore viene spiegato mediante una partecipazione chimica o meccanica del mesenteriolo attraverso il sistema nervoso corrispondente al 4° segmento dorsale.

Il segno è stato positivo anche in tutti i casi di posizione retrocecale dell'appendice. S'intende che a questo segno si deve dare il valore di un sintoma a cui devono essere uniti tutti gli altri segni obbiettivi per la diagnosi differenziale.

R. BRANCATI.

Nevralgia frenica, sintoma d'allarme nel corso del cancro del rene.

La nevralgia frenica, sintoma poco frequente nelle lesioni sottodiaframmatiche, viene osservata sopratutto nel corso degli ascessi subfrenici nei quali può raggiungere una acuzie estrema. Meno intensa si trova nelle lesioni del fegato e vie biliari a destra e nelle lesioni della milza a sinistra. Questa nevralgia si osserva raramente nel corso delle ulcere gastriche. È classico affermare che essa manca nel corso delle lesioni renali e l'assenza di irradiazione ascendente è un segno diagnostico importante per differenziare la colica epatica dalla colica renale destra. Perciò F. Dumont (*Paris Médical*, 6 agosto 1927) crede interessante riferire un caso di nevralgia frenica in apparenza essenziale, temporanea, primo sintoma di una lesione renale per il resto muta.

Si trattava di un uomo di 55 anni che andò a farsi visitare dall'A. perchè sofferente di fenomeni dolorosi alla regione precordiale cominciati quattro o cinque giorni prima. L'esame obiettivo non dimostrava alcunchè di notevole: solo il nervo frenico era dolente su tutto il suo percorso. Dopo circa un mese e mezzo il dolore si era spostato ed occupava il fianco sinistro e fu attribuito ad uno spasmo colico non solo dal malato, ma anche da un radiologo. L'esame però rivelò una tumefazione dell'ipocondrio sinistro, debordante due dita trasverse dall'arcata costale, mobile con la respirazione, liscia, che fu interpretata come d'origine splenica.

L'evoluzione ulteriore della malattia e specialmente la comparsa di una ematuria provò che si trattava di un cancro del rene ad evoluzione rapida.

Nonostante l'intervento, si ebbe una riproduzione locale dopo una quindicina di giorni. La morte sopraggiunse in stato di cachessia entro alcune settimane senza che i fenomeni di nevralgia frenica fossero più comparsi.

L'A. crede che la nevralgia frenica temporanea riscontrata nel p. si debba, in assenza di ogni manifestazione pleuro-polmonare, considerare come sintomatica della irritazione dei plessi periaortici e dei gangli semilunari da parte delle adenopatie cancerose. Tale fatto è facilmente comprensibile sol che si pensi alle connessioni esistenti tra detti gangli e il nervo frenico.

VICENTINI.

CASISTICA.

Le ustioni da acidi e da alcali.

Le ustioni da acidi e da alcali si verificano spesso ed hanno conseguenze che possono essere gravi dal punto di vista della invalidità.

E. Davidson (*Revue médicale*, 18 agosto 1927) ha studiato sperimentalmente sui ratti l'azione corrosiva a concentrazioni crescenti e le varie terapie. In un primo gruppo ha levato il cau-

stico in eccesso mediante del cotone idrofilo; in un secondo, ha praticato delle lavature con bicarbonato di sodio al 5 % o acido acetico a 1 %; in un terzo ha usato soltanto dell'acqua abbondante per la lavatura.

Contrariamente all'opinione corrente, le peggiori conseguenze si ebbero nel gruppo sottoposto alla neutralizzazione chimica.

Gli acidi organici e minerali reagiscono rapidamente sui tessuti cutanei. La diluizione dell'acido prolunga il periodo di latenza. L'acido cloridrico concentrato è molto meno caustico che gli acidi nitrico e solforico a concentrazione equivalente. L'acido tricloroacetico è assorbito come un fenolo ed agisce come un veleno protoplasmatico.

La potassa e la soda non attaccano la cute che dopo un periodo considerevole di latenza (*sic*).

Risulta, in complesso, che il trattamento delle ustioni chimiche fatto con la semplice lavatura è nettamente superiore a quello classico, neutralizzante. Ad ogni modo, se a questo si ricorresse, tanto per seguire l'andazzo, è necessario lavare dapprima abbondantemente; agire altrimenti sarebbe aggravare le lesioni. La pelle non è da considerarsi come una provetta indifferente alle reazioni di cui essa è il supporto.

fil.

L'eritema attinico.

L'eritema consecutivo all'azione del sole e dei raggi ultravioletti compare 2-24 ore dopo l'applicazione. Varia dal colore leggermente roseo fino a quello scarlatto, accompagnato talora da scollamento dell'epidermide e da formazione di flittene. Le parti più sensibili sono le pieghe inguinali ed ascellari, il cavo popliteo, il cranio e la parte inferiore del viso. L'individuo accusa una sensazione di calore e di lieve prurito; raramente la sensazione è molto sgradita; essa può però provocare anche l'insonnia. Dopo 24-36 ore il rossore è generalmente scomparso; possono però persistere altri fenomeni (flittene) che inducano una più profonda lesione della cute.

Dufestel (*Ultraviolets et chaleur radiante*, in *Journal des praticiens*, 28 genn. 1928) osserva che tale eritema è utile in parecchi stati morbosi. Anzitutto, quando si tratta di agire sulla nutrizione e sul metabolismo (gotta, diabete, ipocalcemia, ipofosfatemia); è noto che la glicemia si abbassa sotto l'azione dei raggi ultravioletti.

Nel rachitismo, basta un leggero eritema; non si deve però proteggere la cute con del linimento oleo-calcare che annullerebbe l'effetto dei raggi; negli individui molto sensibili, si useranno dosi minime.

L'attività delle ghiandole endocrine ne viene eccitata; a tale scopo, l'eritema dovrà prodursi per tutta la durata della cura; nelle obesità per insufficienza ghiandolare, si faranno delle sedute di lunga durata.

Nelle neuralgie, la retrocessione dei fenomeni dolorosi esige la provocazione di un forte eritema locale. Nelle affezioni cutanee, l'eritema sarà usato sistematicamente, sottoponendo ai raggi la parte lesa e la cute vicina. Nel trattamento del cuoio capelluto, si deve provocare un'irritazione intensa e durevole.

I disturbi trofici ne sono assai migliorati e così pure le piaghe atone.

Le dosi irritanti non devono essere applicate su tutto il corpo, ma al massimo su un quarto di esso. Nel caso di trattamenti locali (infezioni cutanee, neuralgie) le applicazioni saranno ripetute ogni 3-4 giorni, secondo il grado di intensità dell'eritema precedente, in modo da ottenere il grado voluto di irritazione.

Nelle affezioni generali (gotta, diabete, insufficienza endocrina) si dividerà il corpo in 5-6 settori, ognuno dei quali riceverà una dose eritematosa ogni 5-6 giorni.

All'eritema attinico segue la pigmentazione, di colore e di intensità variabile a seconda dello stato della cute dell'individuo e delle dosi applicate.

fil.

L'Acantosis nigricans e la sua importanza nella diagnosi dei tumori maligni.

Küttner (*Mitt. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir.*, vol. XXXIX, pag. 276, 1926) ha osservato tre casi di questa affezione caratterizzata dalla pigmentazione della pelle che assume un colore grigio scuro-nero e da una formazione papillare della superfice cutanea. L'affezione predilige le ascelle, l'addome e la schiena, ne sono immuni quasi sempre le mucose; le superfici palmari e plantari. L'affezione è per lo più simmetrica. La diagnosi differenziale con l'Addison, il diabete bronzino, ecc., è facile.

È opinione comune che questa affezione si accompagni alla presenza di tumori maligni dello stomaco, dell'intestino e dell'utero tanto che l'A. nel primo caso capitato alla sua osservazione si è creduto in obbligo di praticare una laparotomia esplorativa con esito negativo. In un secondo caso capitato alla sua osservazione coesisteva invece un cancro dello stomaco, il terzo caso infine, per la lunga durata della affezione e per la mancanza di ogni segno clinico, faceva escludere facilmente l'esistenza di un neoplasma.

In una revisione dei casi pubblicati l'A. trova che il 60% dei malati con *acantosis nigricans* era-

no affetti da tumori maligni endoaddominali. Crede così autorizzata una classificazione in una forma essenziale ed in una sintomatica. La diagnosi differenziale si farà sulla durata dell'affezione, sull'età del malato, sull'assenza di sintomi che parlino per un tumore maligno endoaddominale. VALDONI.

TERAPIA.

Il Glukhorment nel trattamento del diabete.

Questa nuova sostanza è stata preparata da R. Meissuer con un processo di macerazione del pancreas, arrestato nel momento in cui comincia a comparire la glicociamina (acido guanidinacetico).

La sua natura ed il suo meccanismo di azione ancora non sono ben conosciute: però dicono che non contenga guanidina e perciò la sua azione non si può riferire alla presenza di sintalina. I preparatori non credono neanche che si tratti di un altro derivato più attivo della guanidina che si produca per autofermentazione del pancreas.

Certo è che il glukhorment ha una azione reale sul metabolismo degli idrati di carbonio e quindi merita di essere studiato.

C. V. Noorden nella *Klinische Wochenschrift* del 28 maggio 1927 riferisce i risultati di esperimenti fatti su 60 malati: di questi soltanto due non lo hanno tollerato. Negli altri l'azione benefica fu regolarmente costante.

Il suo uso è consigliabile solamente in quei casi di diabete leggero, nei quali non basta il semplice trattamento dietetico per togliere la glicosuria e l'iperglicemia, ma c'è bisogno al massimo di 20 unità giornaliere di insulina per raggiungere questo scopo.

M. Labbé e F. Nepveux il 2 novembre scorso comunicarono all'Accademia di Medicina di Parigi i risultati dei loro esperimenti sul glukhorment (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, n. 35).

Questi AA. hanno fatto due serie di ricerche, provocando nei diabetici l'iperglicemia con glucosio e poi dando o no il glukhorment; ed introducendolo nel trattamento del diabete umano.

La iperglicemia con glucosio fu provocata in 7 malati cui si somministravano da 3 a 5 compresse del nuovo preparato. In 5 di essi l'azione fu molto netta: curva, durata e tono della reazione furono diminuiti in notevole proporzione. In due diabetici gravi i risultati furono nulli.

Un piccolo gruppo di diabetici benigni, che non presentavano segni di denutrizione o di acidosi ha risposto egualmente bene all'uso giornaliero di 3-5 compresse di glukhorment.

Dal complesso di queste poche osservazioni cliniche traggono anche essi la conclusione che il glukhorment è un preparato che ha una netta azione benefica solo nel diabete lieve: la dose abituale giornaliera di 5 compresse può rimpiazzare quella di 20 unità di insulina: la sua azione è paragonabile a quella della sintalina, con il vantaggio su questa che il glukhorment è ben tollerato dallo stomaco e non si è dimostrato mai tossico.

La sua potenza in ogni modo è di molto inferiore a quella della insulina, che resta sempre il solo medicamento da impiegare nelle forme gravi di diabete, senza che il glukhorment abbia la pretesa di rimpiazzarla.

Il suo uso può essere riservato alle forme benigne per elevare un poco la capacità di utilizzazione degli idrocarbonati e per sollecitare la scomparsa di una glicosuria combattuta con il regime dietetico.

PERSIA.

Il coma diabetico ed il trattamento insulinico.

L'insulina il più delle volte non ha alcuna influenza sul coma diabetico. Langeron (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 28 agosto 1927) riferisce che su 39 casi di coma diabetico trattati con la insulina la morte non ha potuto essere evitata 15 volte.

Se l'insulina non agisce sempre, è perchè anche nei diabetici con glicosuria e acetonuria, il coma non è necessariamente legato all'iperglicemia ed all'acidosi. A parte il fatto che anche nel corso del diabete si possono verificare forme di coma di altra origine (traumatica, apoplettica, tossica, meningea) è a rilevare che nel determinismo del coma diabetico hanno un'importanza notevole le lesioni renali, nonchè quelle epatiche e circolatorie. Ora su questi fattori l'insulina non ha alcuna influenza, e ciò dà ragione dei numerosi insuccessi. Comunque sembra che la quantità e la qualità dell'insulina, come la tempestività del trattamento, abbiano una certa importanza. La terapia insulinica è tanto più efficace quanto è più precoce.

DR.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Elioterapia. — All'abb. n. 9731:

La combinazione di cotone serve appunto per impedire che i raggi solari battano sulla cute. Quando si vogliono fare agire si abbassa la combinazione per il tempo che la tabella annessa alle istruzioni sulla cura solare prescrive. Non mi consta affatto che i raggi attinici siano utilizzabili con efficacia attraverso gli indumenti.

Per effettuare l'elioterapia attraverso i vetri oc-

corrono vetri speciali giacchè quelli comuni tolgono molto dell'efficacia di questo potente mezzo terapeutico, che può essere anche pericoloso quando sia male impiegato.

F. VALAGUSSA.

Climatoterapia della tbc. polmonare. — All'abb. n. 0477:

Una esauriente discussione sulle varie indicazioni climatiche per la cura della tubercolosi polmonare ha avuto luogo durante il Congresso che la Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi ha tenuto a Napoli nel maggio 1925.

Gli Atti di questo Congresso che si possono avere dalla Segreteria della Federazione suddetta (Via Toscana, 12 Roma) rappresentano un completo trattato sulla climatologia montana, marina e di pianura, nella cura della tubercolosi.

Vi è poi un trattato del dott. F. PARODI dal titolo *La climatoterapia e l'elioterapia della tubercolosi polmonare*, edito da Lattes & C. in Torino nel 1921.

Come risulta dagli studii citati non si può in fatto di cure climatiche generalizzare. La stessa permanenza in montagna (sopra ai 1000 m.) se giova nei malati leggeri, negli anemici, nei denutriti, in quelli a tendenza fibrosa, ma a lesioni poco estese e non febbrili, nuoce nelle forme più avanzate, nelle quali la febbre non ha tendenza alle remissioni mattutine, nelle forme emoftoiche e congestizie, nelle forme con complicazioni laringee, intestinali, renali, ecc. tanto più se il cuore possa facilmente scompensarsi.

G. MENDES.

Concorso a medici provinciali. — Al dott. G. L. da C.:

L'art. 19 del R. D. 8 maggio 1924, n. 843 contempla le vedove di guerra che non abbiano contratto nuovo matrimonio, e gli orfani di guerra, nonchè le madri e le sorelle nubili dei caduti in guerra che non abbiano alcun congiunto tenuto a fornire loro gli alimenti e in grado di provvedervi, ovvero che siano unico sostegno di famiglia.

Gli altri requisiti prescritti dal 1º comma dell'art. 18 del predetto decreto sono l'essere stato combattente ferito o decorato al valore militare, o l'avere prestato servizio per terra, per mare o per aria in zona di operazione presso reparti operanti, e quanto ai militari addetti ai comandi l'avere prestato servizio presso i comandi mobilitati inferiori fino a quello di brigata compreso.

L'ultimo comma dell'art. 8 del R. D. legge 3 gennaio 1926, n. 48 riguarda la dichiarazione di trovarsi in condizione di avvalersi dei benefici consentiti dall'art. 7 al personale ex combattente nonchè a quello che si trovi nelle condizioni di cui all'art. 19 sopra riferito e assunto dopo l'8 maggio 1924 presso le Amm.ni dello Stato in qualità di straordinario, avventizio, ecc., purchè abbia prestato ininterrotto servizio per almeno un anno alla data di attuazione del ridetto R. D.

M. C.

All'abb. L. S. di B.:

Riviste pure di quanto chiede non ne esiste che una per cui può rivolgersi al prof. Piccinino, Ospedali Riuniti, Istituto di Elettroterapia degli Ospedali, Napoli.

È l'unica rivista di elettroterapia in italiano e che se in passato ha avuto diffusione oggi vive una vita più ristretta mentre ha avuto un periodo di sospensione.

La rivista *La Radiologia Medica*, non trascura la parte di fisioterapia la rivista *Actinologia* (Como) tende a trasformarsi in una rivista più completa.

In francese invece la rivista *Electrologie et Radiologie*, ed. da Masson, può rispondere a quanto desidera.

M. E.

Al dott. G. B. da T.:

Consulti: MONIN: *Hygiène et maladies des vieillards*. Maloine ed. Paris, 1922.

fil.

VARIA.

L'orario invernale e l'orario estivo del lavoro.

L'ora legale durante la stagione estiva non ha avuto fortuna in Italia. Durante l'infelice periodo post-bellico le folle turbolente si accanirono molto contro il provvedimento governativo forse in odio al suo nome: allora tutto ciò che aveva apparenza di legale irritava e doveva essere soppresso.

I governi deboli cedettero alle ingiunzioni delle folle e da allora non se ne è più parlato.

Il prof. Pieraccini (*La Medicina del Lavoro* 1927, n. 12) riprende la quistione sostenendo con argomenti economici ed igienici la necessità di riadottare l'orario estivo legale che in altri paesi vige tuttora.

Sono incontestabili i vantaggi economici dell'anticipo di un'ora dell'orario estivo su quello invernale. Si ha innanzi tutto un sensibile risparmio di carbone, petrolio, olio, candele, energia elettrica e dei relativi apparecchi ed impianti, sia nell'esercizio dell'industrie che nella vita domestica.

I vantaggi stessi sarebbero più sensibili per quei paesi, come il nostro, che sono alla dipendenza dell'estero per molte materie prime e proprio per quelle che si rispiarmerebbero anticipando di un'ora l'orario di lavoro durante l'estate. L'ing. Luiggi nel 1916 calcolò che in un anno in Italia si risparmiarono con l'ora legale dai 100 ai 150 milioni di lire di carbone fossile, ossia circa 400 milioni di lire al valore attuale della moneta italiana. In Francia in seguito ad inchiesta governativa si calcolò che nel 1922 con l'orario anticipato si risparmiarono circa 250 mila tonnellate di carbone.

Oltre a ciò l'anticipazione dell'orario consente a tutti di guadagnare nella giornata 60 minuti di attività in piena luce e di 60 minuti di riposo a letto durante la notte.

È sotto questo riguardo che i fattori economici s'ingranano con quelli igienici.

Noi non possiamo seguire il Pieraccini nelle sue considerazioni sui vantaggi, in rapporto alla produzione ed alla salute, del lavoro eseguito alla luce naturale. In effetti nel periodo nel quale dovrebbe praticarsi l'anticipo dell'ora, ossia in estate, il sole sta tanto a lungo sull'orizzonte che qualsiasi lavoro può effettuarsi alla luce naturale.

I benefici igienici sono di tutt'altra natura. Giustamente il Pieraccini nota come l'anticipo dell'orario continuativo consente il ritorno ai lavoratori alla propria abitazione in pieno giorno e di godersi più a lungo la vita familiare. Consente inoltre di attendere alle occupazioni del « dopolavoro » e di praticare gli sports. È « l'heure du grand air », come la chiamano i francesi, o, se si vuole, un po' di « sabato inglese » quotidiano.

Da un'inchiesta fatta in Inghilterra nel 1917 i lavoratori dedicavano l'ora guadagnata agli esercizi fisici all'aperto, al giardinaggio, alla frequenza delle scuole professionali. In Francia dopo tre anni d'applicazione della legge sull'anticipazione dell'ora legale si rilevò notevolmente accresciuto il numero dei frequentatori dei giardini pubblici.

In Inghilterra ed in Francia sono state proprio le associazioni sportive a premere sulla pubblica opinione e sul Governo per favorire l'anticipazione del mezzogiorno, ed in tutti i documenti che si riferiscono a questo problema si legge che i pareri degli igienisti sono concordi nell'affermare i vantaggi fisici e morali dell'anticipo dell'ora di lavoro.

Contrari si sono dimostrati gli agrari ed alcune società industriali, specialmente quelle produttrici di gas illuminante e di lampadine illuminanti. Si comprende l'opposizione di questi ultimi quando si rileva che in Francia l'ora anticipata fa risparmiare ogni anno circa 800 m. c. di gas.

I contadini sono contrari un po' per il tradizionalismo, che in essi è più tenace, ed un po' perchè effettivamente sono costretti a qualche mutamento d'abitudine: quelli che hanno rapporti con le città sono costretti a levarsi prima della levata del sole in maggio e settembre, per trasportare in tempo i prodotti agricoli.

Gli asseriti inconvenienti derivanti dalle modificazioni che subiscono gli orari ferroviari nel giorno del trapasso da un'ora all'altra sono insignificanti.

Che realmente gli inconvenienti della riforma oraria nella vita sociale siano minimi è provato dal fatto che l'orario estivo adottato in alcuni paesi (Canadà, Vittoria, Nuova Zelanda, Australia) già prima della guerra ha fatto ottima prova, e che molte nazioni europee, come la Spagna, la Francia, l'Inghilterra, il Belgio, l'Olanda e la Germania, le quali ne fecero esperimento durante la guerra non l'hanno più abbandonato.

L'ing. Luiggi giustamente rileva che queste nazioni avrebbero forse meno bisogno di ricorrere a questi espedienti perchè hanno minore necessità di economizzare combustibili, di cui il loro sottosuolo è ricco, ma anche perchè trovandosi ad una latitudine più nordica hanno più lungo il periodo di luce diurna durante l'estate.

Gli è che questi paesi più che per i vantaggi economici diretti, che pur non sono trascurabili, ricorrono all'orario estivo anticipato per considerazioni igieniche e sociali.

È da augurarsi che nell'interesse della salute dei lavoratori e della produzione nazionale l'Italia riadotti un provvedimento poco felicemente abbandonato sotto la spinta di fattori irresponsabili ed inconsapevoli dei veri interessi della nazione.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

Stazioni di cura.

È stato approvato, con decreto 12 agosto 1927 n. 1615, (*Gazz. Uff.* n. 219) il regolamento per l'esecuzione della legge 1 luglio 1926 n. 1380 sulle stazioni di cura, soggiorno, ecc. Fra altro è disposto che a far parte del comitato organico per l'amministrazione della stazione di cura i Consigli Prov.li sanitari dovranno designare preferibilmente medici che siano particolarmente versati nelle discipline igieniche.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

X. — Licenziamento per fine di prova deliberato con eccessiva anticipazione.

Nel caso qui considerato il licenziamento fu deliberato sei mesi prima del compimento del biennio di prova, cioè con anticipazione di tre mesi. Il Consiglio di Stato annullò la deliberazione. È da notare che il Comune era rappresentato da un commissario *prefettizio*.

« Considerato — è detto nella decisione 2 luglio 1927 n. 378 — che avendo la legge stabilito la durata del periodo di prova, ciò implica che ai sensi di legge, la continuazione della prova per lo intero periodo dalla legge stessa fissato, sia normalmente necessaria perchè l'esperimento abbia esito; onde è contrario alla lettera ed allo spirito della legge che gli enti locali si servano del potere di diffidare l'impiegato in prova per ridurre notevolmente la durata della prova stessa... Che, se la giurisprudenza di questo Collegio ha ritenuto che il vizio dell'eccesso di potere non può riscontrarsi nell'anticipata diffida dell'impiegato in prova, quando l'anticipazione non sia considerevole, ciò non potrebbe certo applicarsi nella specie in cui la diffida fu anticipata di oltre tre mesi dal termine stabilito dalla legge e quindi la durata del periodo di prova a cui l'impiegato ha diritto venne notevolmente ridotta ». In altri casi, come si è detto, è stata ritenuta non eccessiva l'anticipazione di due mesi oltre il termine minimo.

« Quest'ordine di considerazione, soggiunge la decisione, viene avvalorato dalla circostanza che il provvedimento venne emanato non dal Consiglio comunale normalmente competente per i licenziamenti degli impiegati, bensì dal Commissario prefettizio ». Spiega poi la decisione che, secondo la legge del tempo, il Commissario prefettizio non poteva esercitare i poteri del Consiglio se non in casi di urgenza e che nel caso in esame non vi erano ragioni di urgenza e si poteva attendere la ricostituzione dell'amministrazione normale. Come si vede, il principio generale, già spiegato nella precedente nota, è posto nettamente: la giurisprudenza è però oscillante quanto all'applicazione nei casi concreti.

XI. — Equipollenti del diploma di laurea nei concorsi.

Per l'ammissione ai concorsi ai posti di medico chirurgo, il diploma di laurea deve essere richiesto in originale od in copia notarile (art. 27 regolamento sanitario 19 luglio 1906 n. 466). Questa disposizione è stata interpetrata con larghezza e la giurisprudenza ha dichiarato che la mancata presentazione del diploma in originale o in copia notarile non è sempre motivo legittimo di esclusione dal concorso. Può essere sufficiente un semplice certificato, qualora il diploma non possa essere esibito (per es., per causa di smarrimento) o si verificano speciali situazioni giuridiche, come nel caso in cui il medico concorrente sia già medico supplente o interino presso il Comune che bandisce il concorso.

In questo senso è la decisione 5 novembre 1927 n. 544 della V Sezione del Consiglio di Stato, conforme a precedenti risoluzioni della IV Sezione 10 luglio 1908 ric. Marocco contro Comune di Civitavecchia; 28 marzo 1913, ric. Trabucco c. Comune di Cerignola; 15 gennaio 1915 ric. Orsini contro Comune di Genova.

XII. — Un caso quasi singolare di esercizio abusivo.

Un medico chirurgo fu denunziato all'autorità giudiziaria per esercizio abusivo della professione di veterinario. Fu condannato e la Corte di Cassazione, con sentenza 27 maggio 1927, n. 192, confermò la sentenza di condanna considerando che la laurea in medicina e chirurgia non abilitava a sperimentare un rimedio contro l'afta epizootica, senza l'assistenza di un dottore in veterinaria, non potendosi ammettere che il titolo di medico-chirurgo autorizzi a compiere atti di professione veterinaria.

Forse il caso si sarebbe potuto considerare dal punto di vista dello *scopo*: se non si trattava di un vero e proprio atto di esercizio professionale, ma si voleva fare esperimento di un rimedio, sia pure per cura di animali, non si può ritenere che sia stato violato il divieto stabilito dall'art. 53 del T. U. delle leggi sanitarie, il quale riguarda l'esercizio della professione.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Per l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi.

La Commissione nominata dal Ministro dell'Economia Nazionale, on. Belluzzo, con l'incarico di stabilire le norme di attuazione del decreto-legge, 27 ottobre 1927, circa l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, ha in linea di massima esaurito i suoi lavori compilando uno schema di regolamento che è stato presentato al Ministro competente e forma oggetto di esame da parte degli organi interessati.

Si ritiene che gli studi abbiano avuto particolarmente per oggetto il coordinamento delle iniziative esistenti con le nuove previste dalla legge; che la Commissione si sia dichiarata favorevole all'idea di unificare nelle provincie ogni forma di assistenza ai tubercolotici assicurati e non assicurati, tenuto conto della specializzazione delle attribuzioni affidate ai Consorzi Provinciali antitubercolari.

Sono previste due forme di assistenza: quella del ricovero e la cura domiciliare. Questa ultima assistenza è prevista come cura sussidiaria a quella ospedaliera quando non è possibile il ricovero.

La legge stabilisce la creazione di appositi istituti e luoghi di cura entro dieci anni dalla sua entrata in vigore. Si pensa che fra non molti mesi potrà sorgere alle porte di Roma uno speciale villaggio destinato a servire di convalescenziario per i dimessi dai sanatori.

Circa il pagamento del contributo, il nuovo regolamento stabilisce che esso debba effettuarsi insieme a quello che periodicamente si effettua per l'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'invalidità e la vecchiaia.

Sarebbe escogitata una procedura abbastanza snella ma nello stesso tempo munita di tutte le garanzie per permettere agli assicurati di far valere i loro diritti in caso di malattie.

L'importanza delle nuove disposizioni è sottolineata dal fatto che l'Italia, prima fra tutte le Nazioni, ha emanato a favore delle classi operaie questa forma di assicurazione che riguarda oltre 20 milioni di persone e cioè la metà della popolazione del Regno.

L'Opera Maternità e Infanzia nella lotta contro la tubercolosi.

Il R. Commissario per l'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia, in relazione alle disposizioni date dal Partito Nazionale Fascista per l'organizzazione in quest'anno delle colonie estive, ha diretto agli organi provinciali dipendenti, una circolare in cui, tra l'altro, è detto:

Nell'estate decorsa, per disposizioni avute, l'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia promosse e largamente sovvenzionò l'assistenza di fanciulli bisognosi in Colonie temporanee, marine, montane e fluviali. E l'iniziativa ebbe largo seguito. Il rendimento però non fu pari alle aspettative; e ad ogni modo la prova non fu tale da consigliare all'Opera di persistere in questa forma di assistenza.

Per conseguire l'effettivo e duraturo ricupero dei fanciulli deperiti e deboli già affetti da tubercolosi latente o chiusa, a forma non evolutiva, nè contagiosa si è addimostrato che occorre assicurar loro un congruo periodo di ricovero (in media da sei ad otto mesi) in istituti profilattici permanenti, e cioè in quegli istituti preventoriali pubblici o privati, ordinati e attrezzati in modo da poter provvedere, in qualunque tempo e per tutto il periodo prescritto, all'assistenza continuativa di questa speciale categoria di fanciulli.

L'Opera ha perciò determinato di impiegare quest'anno nella razionale assistenza di questi fanciulli le risorse ancora limitate che essa può destinare alla profilassi antitubercolare dell'infanzia. L'assistenza verrà prestata per il tramite delle Federazioni Provinciali, mediante il ricovero, per il periodo necessario alla cura, in idonei istituti profilattici permanenti, specialmente in quelle provincie dove maggiore se ne addimostri il bisogno e conviene perciò che la difesa del fanciullo sia condotta con la maggiore energia. A questo scopo, tra gli istituti esistenti, saranno scelti quelli che offrano sicure garanzie di regolare ed efficace funzionamento, e di essi sarà, a tempo, data notizia alle singole Federazioni, con la determinazione del numero dei posti riservati ai fanciulli bisognosi di ciascuna provincia.

Delimitato così l'indirizzo che l'Opera preferisce nel campo della profilassi antitubercolare infantile, resta tuttavia piena libertà d'azione ad enti e comitati di organizzare anche colonie temporanee estive, e procedere, all'uopo, alla raccolta dei necessari fondi, in conformità di quanto fu praticato negli scorsi anni.

Le Federazioni associandosi a queste iniziative, potranno dare impulso in ogni guisa all'organizzazione di colonie permanenti, elioterapiche diurne, e colonie temporanee marine e montane. Esse però si asterranno da qualsiasi iniziativa che possa comunque importare l'impegno di altri contributi a carico dell'Opera, oltre quello delle rette di ricovero.

Rimane salvo, nei rapporti di tutti indistintamente gli istituti profilattici, comprese le colonie temporanee, l'esercizio dei poteri di coordinamento e di vigilanza, conferiti all'Opera Nazionale dalla legge.

Queste due importantissime funzioni competono esclusivamente agli organi dell'Opera, ai quali, in forza della legge 10 dicembre 1925, spetta piena ed intera la responsabilità giuridica e morale della regolare organizzazione e dell'effi-

cace funzionamento dei servizi di assistenza della Maternità e dell'Infanzia in tutto il Regno.

Ma nel pratico esercizio di queste loro funzioni, gli organi federali devono mantenersi in stretto rapporto specialmente coi Fasci femminili e sollecitarne l'efficace e fervida collaborazione, perchè essi rappresentano l'espressione più viva della concezione che portò all'istituzione dell'Opera Nazionale e debbono perciò essere chiamati a partecipare con preferenza, a tutte le attività assistenziali che l'Istituto esercita.

L'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Sarà nominata una Commissione ministeriale incaricata di studiare attentamente il problema dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Della Commissione saranno chiamati a far parte i rappresentanti dei Ministeri interessati e gli esponenti delle Federazioni.

Sembra che la nuova Commissione terrà conto sia dell'ordinamento esistente nelle terre redente sia dei voti formulati a suo tempo dal Consiglio superiore dell'Economia Nazionale. Essa dovrà altresì esaminare l'opportunità o meno d'includere almeno per i primi tempi gli impiegati aventi retribuzioni superiori ad una determinata cifra.

Pare inoltre che il Ministro dell'Economia Nazionale on. Belluzzo abbia già dato istruzioni per la revisione delle norme vigenti sugli infortuni sul lavoro, sull'invalidità e la vecchiaia, sulla maternità, ecc., così da coordinare in modo organico le varie disposizioni legislative in materia.

Il nuovo regolamento per le Scuole di Ostetricia.

Nel n. 56 della *Gazzetta Ufficiale*, 17 marzo 1928, è pubblicato il nuovo regolamento per le Scuole di Ostetricia, approvato con R. Decreto 19 gennaio 1928, n. 40.

Esso consta di 8 paragrafi divisi in 39 articoli. Innanzitutto sono esposte le disposizioni generali con le quali si stabilisce che ogni scuola, non annessa a Clinica Ostetrica, è posta sotto la vigilanza della Università più vicina. Seguono le norme per il personale insegnante e l'ordinamento degli studi che durano un triennio. Le materie sono così distribuite: al 1° anno: nozioni fondamentali di anatomia, fisiologia, patologia generale e igiene, nonchè anatomia e fisiologia dell'apparecchio di riproduzione e fisiologia della gravidanza, del parto, del puerperio e dell'allattamento; al 2° anno: patologia della gravidanza, del parto, ecc., profilassi della blenorragia e della sifilide, insegnamento clinico al letto delle gestanti, doveri della levatrice verso le autorità civili, giudiziarie ed ecclesiastiche; al 3° anno: insegnamento clinico, studio di tutte le manovre operatorie consentite alla levatrice e di tutti i preparativi occorrenti per altri interventi chirurgici (ambiente, strumentario, medicature, narcosi, ecc.), nozioni di eugenetica e di puericultura, ecc.

Vengono poi le disposizioni per le alunne (documenti occorrenti, durata dei corsi, obbligo di frequenza, ecc.). Per gli esami sono stabilite: prove di ammissione, prove scritte ed orali alla fine di ogni anno, prova di abilitazione. Seguono le disposizioni disciplinari e le norme per il pagamento delle tasse, nonchè le disposizioni transitorie per l'applicazione del nuovo ordinamento, riguardanti le allieve già inscritte all'atto della pubblicazione del regolamento in parola.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CALTANISSETTA. *Amministraz. della Provincia.* — Direttore e assistente Sez. chimica e assistente Sez. micrografica del Laborat. d'igiene e profilassi; scad. 10 mag.; vedi fasc. 15.

CAMPOBASSO. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitarî di: 1) Campobasso, L. 12,000 oltre L. 2000 serv. att. e 5 quadrienni dec., divieto eserc. profess.; 2) Agnone, 3) Guglionesi, 4) Larino, 5) Ricera, per ciascuno L. 4000 e 3 quinquenni dec., autorizzazione all'eserc. profess. Chiedere ann. Tassa L. 50.20. Età lim. 45 a. Scad. 45 gg. dal 12 apr.

CARPI. *Ospedale Ramazzini.* — Medico chirurgo aiuto; scad. 30 apr.; vedi fasc. 15.

CITTADUCALE (*Rieti*). — Scad. 30 apr.; 2ª cond.; L. 9500 e 4 quadrienni dec. oltre L. 3000 trasp.; c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Uff. sanitari per S. Giovanni in Fiore, consor. Verbicaro e consor. Grimaldi; titoli ed esami; tassa L. 50,20; scad 28 apr.

CUNEO. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitario direttore Ufficio d'Igiene; stip. L. 13,000 oltre L. 1000 indennità serv. attivo e indennità caroviveri. Scad. 15 maggio.

FOGGIA. *Amministraz. Provinc.* — Al 30 apr., direttore della Sez. Medico-microgr. e due assistenti nel Laborat. Provinc. d'igiene e profilassi; vedi fasc. 15.

FORLÌ. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Cesena; scad. 5 mag.; vedi fasc. 15.

IMPERIA. *Amministraz. Provinc.* — Medico batteriologo del Laborat. micrografico; scad. 30 apr.; vedi fasc. 15.

LASTRA A SIGNA (*Firenze*). — A ore 18 del 16 mag.; due condotte; L. 8500 e 8 trienni decimo; riconoscim. 4 trienni a L. 600; c.-v.; L. 750 indennità trasp. (variabile); tassa L. 50; chiedere annunzio.

MIRABELLA IMBACCARI (*Catania*). — Scad. 30 apr.; L. 9000 e 4 quinquenni decimo. Tassa L. 100.

MONTEFANO (*Macerata*). — Scad. 30 apr.; lire 8000 oltre L. 800 uff. san., L. 2500 cavalc., c.-v., 3 quadrienni dec.

MONTORIO AL VOMANO (*Teramo*). — A tutto 27 apr.; ha. 4490 di cui 3/4 in collina; L. 6700 (*sic*) e 4 quadrienni di L. 500, oltre L. 2400 cavalc.;

età lim. 40 a.; tassa L. 50.15; doc. a 3 mesi dal 28 mar.

NIBBIOLA (*Novara*). — Al 30 apr.; L. 8000 e addizionale L. 4 oltre i 300 iscritti; 5 quinq. dec.

NUORO. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. med.-microgr.; stip. L. 15,000, indenn. serv. att. L. 3000. Assistente detta; L. 12,000 e L. 2000. Coadiutore Sez. chim.; L. 14,000 e lire 2000. Scad. ore 18 del 30 apr.

NUORO. *R. Prefettura.* — Uff. san. e capo ufficio d'igiene capoluogo; a ore 18 del 20 mag.; titoli ed esami; L. 12,000 oltre L. 2800 serv. att. e c.-v. Domande all'Ufficio Sanit. Provinc.

PIOMBINO. *Ospedale Vittorio Em. III.* — Medico primario. Docum. anter. al 30 gen.; vedi fasc. 15.

REGGIO CAL. *Amministr. Provinc.* — Direttore e tre assistenti nel Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi; scad. 4 mag.; vedi fasc. 15.

ROCCAMASSIMA (*Roma*). — Al 30 apr.; L. 10,500 oltre L. 600 trasp., L. 400 c.-v.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Due aiuti radiologi ed un aiuto patologo; scad. ore 16 del 30 apr.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; esami e titoli; L. 7300 e c.-v.; chiedere annunzio.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Concorso per esami a 34 posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe dell'Amministrazione della sanità pubblica. Scad. 8 mag. Vedi fasc. 14.

Detto, a tre posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe. Scad. 6 mag. Vedi fasc. 14.

Concorso ad un posto di assistente medico nel Laboratorio di micrografia e batteriologia della Direzione generale della sanità pubblica. Scad. 13 mag. Vedi fasc. 14.

ROMANO DI LOMBARDIA (*Bergamo*). *Ospedale Civile SS. Trinità.* — Medico chirurgo direttore; doc. a 3 mesi dal 1º apr.; età 30-40 a. salvo eccez. regol.; titoli; nom. biennale, conferma per 5 anni, riconferma a vita; accettaz. entro 15 gg., assunz. serv. entro 30; L. 12,000 oltre L. 2000 serv. att.; diritto a due camere nell'Ospedale. Ab. 8000; osped. di 70 letti.

S. BARTOLOMEO IN GALDO (*Benevento*). — Ufficiale sanitario; L. 5000; titoli ed esame. Scad. 6 maggio. Rivolgersi R. Prefettura di Benevento.

SANTHIÀ (*Vercelli*). — A tutto il 15 maggio ufficiale sanitario; v. fasc. 12.

SANTU LUSSURGIU (*Cagliari*). — Ab. 4500; altit. 600 m.; L. 9000 iniziali più L. 1000 uff. san. Scad. 30 apr.

S. ZENONE DEGLI EZZELINI (*Treviso*). — Scad. 10 mag.; vedi fasc. 15.

TIVOLI (*Roma*). — Al 10 mag. uff. san. e direz. ufficio d'igiene; titoli ed esami; L. 12,000 e 5 quadrienni dec. Rivolgersi R. Prefettura di Roma.

TREIA (*Macerata*). — A tutto 30 apr.; condotta B; stip. L. 8800 e 3 quadrienni dec., c.-v., ricostruzione carriera, trasp. L. 800-2500; età lim. 24-40 a.; tassa L. 50.15; ab. 1000 agglom., 2300 sparsi; 550 pov.

TREVISO. *Amministraz. Provinciale.* — Direttore della Sezione medica-micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e di Profilassi; proroga a tutto il 15 maggio.

VALLEDOLMO (*Palermo*). — Uff. san.; titoli ed esami; L. 5000. Scad. 5 mag. Rivolgersi Segreteria com.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Assistente straordinario; L. 3915 per i celibi e L. 4275 per gli ammogliati; titoli ed esami; tassa L. 50; età lim. 30 a.; nom. annua; eventual. passaggio a ordinario. Scad. 30 gg. dal 2 apr., ore 17.

VITERBO (*Roma*). *Ospedal Grande degli Infermi.* — A tutto 30 apr.; 3 assistenti; vedi fasc. 15.

VOLTERRA (*Pisa*). — Al 30 apr.; vedi fasc. 15.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche.

CONCORSI A PREMI.

R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere - Milano.

Fondazione Fossati.

Ricerche originali sull'anatomia, fisiologia o patologia del sistema nervoso. Premio L. 2500. Scadenza 31 marzo 1929, ore 15.

*
* *

Illustrare con ricerche originali un argomento di fisiologia del sistema nervoso. Premio L. 2500. Scadenza 31 marzo 1930, ore 15.

Fondazione Secco-Comneno.

La sifilide dello stomaco. Premio L. 864. Scadenza 31 dicembre 1929, ore 15.

Fondazione Zanetti.

Premio di L. 1000 a quello fra i farmacisti italiani che raggiungerà un intento qualunque che venga giudicato utile al progresso della farmacia e della chimica medica. Scadenza 31 dicembre 1929, ore 15.

Fondazione Ernesto De Angeli.

Invenzioni, studi e disposizioni aventi per iscopo la sicurezza e l'igiene degli operai nelle industrie. Premio L. 5000. Scadenza 31 dicembre 1929, ore 15.

Fondazione Luigi Devoto.

Premio di L. 10,000 all'autore di un lavoro pubblicato dopo il 1º gennaio 1928, che porti un « contributo risolutivo su di un punto della patologia del lavoro ». Scadenza 31 dicembre 1929, ore 15.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

In esito al concorso per titoli ed esami svoltosi a Genova per la nomina dell'ufficiale sanitario, capo dell'Ufficio municipale d'Igiene, fra 17 concorrenti è risultato il prof. Mario Ragazzi, che da anni e con profitto dirige il servizio di assistenza igienica sanitaria delle Scuole della città. Rallegramenti all'insigne studioso.

Quale successore del prof. v. Monakow alla direzione dell'Istituto neurologico e di anatomia del cervello in Zurigo, è stato designato «primo et unico loco» il prof. v. Economo, ora a Vienna.

Quale successore del prof. Lexer alla Cattedra di clinica chirurgica di Friburgo i. B. è stato nominato il prof. Rehn di Bonn.
A questa cattedra è stato chiamato il prof. F. v. Redwitz di Monaco.

Il prof. Hermann Beitzke, di patologia generale e anatomia patologica di Graz, è stato chiamato alla cattedra omonima di Halle a. S., in sostituzione del prof. Beneke, nominato emerito.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano.

Conferenza del prof. Valenti.

La sera del 31 marzo il chiarissimo professore Adriano Valenti, ordinario di Farmacologia nella nostra R. Università ha tenuto nell'aula magna della Casa del Fascio di Via Nirone una conferenza sul tema: «Farmaci specifici e Chemioterapia». Tale conferenza indetta dal Sindacato fascista dei farmacisti è stata la seconda (la prima è stata tenuta dal prof. on. Belloni) del ciclo di conferenze di coltura per farmacisti da quello iniziato.

Dopo una breve premessa nella quale ha fatto rilevare i progressi compiuti negli ultimi decenni dalla scienza medica l'oratore si è posto il quesito: «Farmaci specifici» è lo stesso che «farmaci chemioterapici»? Malgrado l'apparenza contraria la risposta non può essere che negativa. Per definizione i farmaci chemioterapici dovrebbero essere dei farmaci capaci di combattere degli agenti morbosi senza alterare o alterando solo in minimo grado l'organismo che li alberga. Ciò al contrario dei farmaci specifici che — qual più qual meno — tutti esercitano anche una certa quale azione sull'organismo, azione che può essere diversissima (purgativa, diuretica, espettorante, antipiretica, ecc.) oltre all'azione antagonistica, esiziale che svolgono verso l'agente parassitario morboso. In altre parole il modo d'agire dei rimedi chemioterapici dovrebbe essere unilaterale, unico, parassiticida, quello dei farmaci specifici più complesso, il primo unicamente parassitotropo, il secondo oltre che parassitotropo anche organotropo.

Quindi il prof. Valenti ha fatto la storia di alcuni dei principali rimedi specifici e chemioterapici. Ha parlato — a proposito dei primi — del mercurio impiegato nella cura della lue per il primo da Berengario, da Carpi nel 1500. Ha citato quindi la chinina, ricordando come le proprietà terapeutiche della corteccia di china vennero scoperte in seguito alla constatazione che le acque del lago di Loxa (Perù) divenute amare in seguito alla caduta nel lago di alcune piante che vegetavano sulla sua riva avevano acquistato evidente azione antimalarica. Ha ricordato poi l'acido salicilico e l'emetina, principio attivo della radice d'ipecacuana.

Ma l'origine della chemioterapia vera risale a Paolo Ehrlich che per il primo si diede a studiare l'azione chemioterapica dei singoli gruppi molecolari e dei loro varii raggruppamenti studiati separatamente esperimentando man mano in vivo la loro efficacia. Fu così che partito dall'atoxil, per una serie di deduzioni logiche egli giunse alla scoperta degli arsenobenzoli. In pari tempo egli formulava i principi della sua fondamentale teoria che ammette l'esistenza nella molecola del farmaco chemioterapico di almeno un gruppo aptoforo e di almeno un gruppo toxoforo. Fra i rimedii chemioterapici più di recente entrati nell'uso comune l'oratore cita ancora il bismuto nella cura della lue e l'antimonio e termina augurandosi che il cammino sul promettente sentiero delle ricerche chemioterapiche possa essere rapido e fecondo di risultati.

Seduta della Sezione di Milano della Società di Biologia Sperimentale.

Lunedì 2, u. s., alle ore 17, ha avuto luogo nell'aula di Anatomia Patologica della R. Università una seduta della Società di Biologia Sperimentale. Il presidente prof. Carlo Foà ha aperto la seduta dando subito la parola al dott. Defrise. Questi comunica il risultato d'alcuni suoi studii intesi a conservare ai preparati anatomici secchi la consistenza ed il colore naturali e di avere ottenuto resultati meravigliosi mediante un trattamento successivo con formalina 10-15 %, alcool, gelatina Heidenhain e colofonia disciolta in olio di vaselina. Ha quindi la parola il dott. Borghi che ha studiato sui topolini cancerosi l'effetto di una iniezione contemporanea di insulina e glucosio per quanto si riferisce al contenuto in glicogene del fegato e del tumore dell'animale stesso. Egli ha trovato che mentre nell'individuo normale si ha in seguito a tale iniezione un aumento nel contenuto in glicogene del fegato, nei topolini cancerosi si ha una diminuzione di tale contenuto sia nel fegato che nel tessuto tumorale. Egli spiega tale fenomeno attribuendolo alla «fame» di glucosio delle cellule tumorali. Hanno interloquito a questo proposito i dottori Usuelli e Cantoni ed i professori Rondoni e Foà. Il dott. Serra ha comunicato gli esiti di sue esperienze di anastomosi uretero-venosa nei cani. Anastomizzando l'uretere di questi cani con la vena iliaca dello stesso lato nei casi di ottenuta permeabilità di tale innesto

dimostrato poi alla sezione egli ha notato un aumento del doppio e del triplo del tasso uremico del sangue ed alterazioni del parenchima epatico e renale. Il prof. Foà ha fatto parola di nuove sue interessanti ricerche sulla funzione della ghiandola pineale nei galli. Operando con la propria tecnica di asportazione cruenta completa egli ha potuto confermare i suoi antichi risultati e cioè che l'asportazione della pineale produce un precoce volume sessuale del gallo, con rigoglioso sviluppo dei testicoli, della cresta e dei bargigli. Ha potuto poi determinare che in tali animali il rapporto tra tessuto interstiziale ghiandolare e tessuto seminifero rimane invariato. Hanno interloquito il prof. Bruni e la dott. Pastore. Infine il dott. Ghirardi comunica di avere osservato che la linfa del dotto toracico, tirata a secco e poi iniettata in circolo nei conigli non produce una diminuzione del tasso glicemico. Non crede perciò che il prodotto della secrezione interna del pancreas si versi nella corrente linfatica oltre che in quella sanguigna.

RUGGERO ASCOLI.

Da Bari.

Conferenza del prof. Corrado Gini.

Il 16 marzo u. s. il prof. Corrado Gini, presidente dell'Istituto Centrale di Statistica, ha tenuto nell'Aula Magna della R. Università di Bari una conferenza su « I problemi della popolazione ».

Il problema della natalità è all'ordine del giorno, specie tenuto conto della sua spiccata tendenza ad una generale regressione. La diminuzione delle nascite si era infatti iniziata già prima del periodo bellico in quasi tutti gli stati europei, ma essendosi anche di pari passo intensificate le opere di igiene, ne risultò che il numero delle morti decrebbe tanto da sopracompensare le minori nascite. Dopo la guerra però tale fenomeno di compensazione non potè più tener dietro a quello delle nascite per modo che si è reso manifesto in grado maggiore o minore ma con caratteristiche pressochè generali la diminuzione effettiva della popolazione.

Vi deve necessariamente intervenire una concausa biologica in quanto non solo diminuisce la media dei figli per ciascun matrimonio, ma bensì anche la percentuale dei matrimoni fecondi ed in particolare quella dei matrimoni così detti puri (che dànno cioè luogo a concepimenti nei primi mesi dopo le nozze), con una frequenza che è impossibile attribuire unicamente alle pratiche maltusiane.

Tali constatazioni di probabile ordine biologico non devono, secondo l'O. indurre lo Stato a disinteressarsi della questione, al contrario è necessario che esso intervenga tempestivamente, poichè come la storia romana e più recentemente la nazione francese ci stanno a documentare, un intervento del genere, per quanto energico riesce inefficace se esso si verifica troppo tardi.

Affinchè l'intervento governativo possa esser fruttuoso però è necessario che si conoscano bene le cause e le manifestazioni delle cause stesse nonchè la qualità e la entità dei mezzi che si vogliono metter in azione. L'Istituto centrale di Statistica ha a tal uopo organizzato due inchieste: l'una diretta a ricercare il numero, la distribuzione e le caratteristiche demografiche ed antropologiche delle famiglie numerose, l'altra diretta a stabilire le cause per le quali molti comuni italiani hanno presentato una diminuzione della popolazione, a metterne in luce la portata e a chiarire se eventualmente nuovi fattori sono intervenuti a confermare o a modificare la precedente tendenza.

Le risposte finora giunte sono in numero ancora esiguo, possono però di già esser rilevati dei valori che stanno a confermare la sostanziale robustezza dell'organismo demografico italiano, salvo per talune zone in cui la spopolazione è senza dubbio in rapporto diretto con una effettiva diminuzione delle nascite spesso insufficienti a far fronte alle morti. Tali zone sono costituite da gran parte del Piemonte e della Lombardia occidentale dove nel circondario di Mortara si raggiunge il più basso coefficiente di natalità di tutto il Regno. Nè pare trattarsi, come potrebbe credersi di una infezione importata dalla Francia, perchè proprio quei comuni che sono territorialmente più prossimi alla Francia e che alla emigrazione in tale Nazione danno un largo contributo non sono affatto nel novero di quelli a bassa natalità.

Passando in rivista le varie proposte fatte dai diversi uffici di statistica per rimediare a tale preoccupante fenomeno, l'O. mette in rilievo come in seguito all'arresto della emigrazione per l'estero esso si sia notevolmente attenuato.

L'importanza di tale limitazione va assai oltre i limiti dell'immediato effetto numerico in quanto che l'emigrazione interessando sopratutto le famiglie più prolifiche, finirebbe col minare, in una epoca più o meno lontana, la potenzialità riproduttiva della Nazione.

L'inchiesta si propone inoltre di riuscire utile alla scienza da un altro punto di vista, in quanto accerterà il fondamento della teoria costituzionalistica, secondo la quale l'istinto genetico sarebbe particolarmente forte tra gli individui macrosplancnici e brevilinei il cui tipo risulterebbe pertanto favorito nella selezione riproduttiva, mentre ne resterebbero particolarmente ostacolati i tipi microsplancnici o lungilinei. Se risultasse vera, questa teoria sarebbe atta a spiegare la persistenza del tipo microsplancnico così frequente nella massa della popolazione, di fronte al tipo longilineo, che la selezione matrimoniale sembrerebbe invece favorire

REVOLTELLA.

Da Siena.

Iniziative universitarie senesi.

Per disposizione del Rettore prof. Achille Sclavo, gli studenti di Medicina e Chirurgia della R. Università di Siena possono ora compiere esercitazioni pratiche di Fisica e Chimica, dirette a

famigliarizzarli con le manipolazioni, che trovano maggior impiego nella scienza e nella pratica medica.

Un primo corso di esercitazioni ha avuto per oggetto le misure elettriche fondamentali, e precisamente le misure di corrente, di voltaggio, di potenza, di resistenza e di forza elettromotrice.

Gli studenti degli anni superiore al terzo, in gruppi di cinque o sei, hanno frequentato per una settimana l'Istituto di Fisica dove hanno avuto larga possibilità di impiegare amperometri, voltmetri, ponti di Wheatston e potenziometri.

Subito dopo le vacanze di Pasqua queste esercitazioni saranno continuate con lo scopo di addestrare i giovani nella misura della conducibilità delle soluzioni e della concentrazione in ioni idrogeno, sui quali argomenti saranno anche fatte delle lezioni introduttive, dai professori competenti.

Seguiranno poi esercitazioni di ottica, quelle specialmente che concernono l'uso del microscopio, dei rifrattometri, degli spettroscopi e degli interferometri.

È superfluo rilevare l'importanza di queste esercitazioni per far acquistare ai giovani l'abito della precisione e dell'accuratezza, e per dar loro il fondamento scientifico di molte delle operazioni, che di solito si eseguiscono in maniera soltanto empirica.

I migliori studenti di medicina della Università di Siena sapranno d'ora in poi come si utilizza un apparecchio elettrico, non per averne sentito parlare, e nemmeno per averlo visto impiegare da altri, ma per averlo usato ripetutamente con le loro mani, e averne impiegato le indicazioni in vista di determinati scopi. E con lo stesso metodo, e cioè provando e riprovando, essi acquisteranno la pratica necessaria per l'uso intelligente degli strumenti che dovranno adoperare sia nelle ricerche sia nella pratica professionale.

S.

NOTIZIE DIVERSE.

La bomba di Milano.

Esprimiamo la nostra profonda indignazione per l'esecrando delitto che ha fatto tante innocenti vittime e rivolgiamo al Sovrano l'omaggio della nostra devozione, partecipando alla gioia del Suo popolo per lo scampato pericolo.

L'Istituto per il cancro inaugurato.

S. M. il Re ha inaugurato il 12 corr. a Milano l'Istituto per il cancro.

A riceverlo si trovavano il Cardinale Tosi, il senatore Mangiagalli ed il direttore prof. Gaetano Fichera.

Dopo le presentazioni, il Re passò nella sala del consiglio, dove era radunato tutto il Consiglio, che gli rese omaggio. Il Sovrano firmò il grande album dei visitatori. Quindi il sen. Mangiagalli rivolgeva un saluto al Re, ricordando come, per la illuminata generosità di enti cittadini, l'istituto abbia potuto sorgere. Il Re iniziava quindi la visita dell'Istituto. Il Cardinale Tosi consacrava il Tempietto.

V. Congresso Internazionale di Talassoterapia.

Come abbiamo già annunziato, sotto l'alto patronato di S. M. la Regina Maria, avrà luogo in Rumania il V Congresso internazionale di Talassoterapia.

Si inizierà a Bucarest, dove avranno luogo la seduta inaugurale e alcune sedute scientifiche il 21 maggio, e si continuerà a Costantza, sulla spiaggia del Mar Nero, dal 26 al 29 maggio. Tema unico messo all'ordine del giorno è « La Talassoterapia del Morbo di Pott ».

Al Congresso sarà annessa una Esposizione di balneologia, idrologia e affini.

Saranno organizzate per i congressisti escursioni alle principali stazioni balneari rumene e una gita facoltativa a Costantinopoli.

Il Comitato Nazionale italiano è costituito da: Maragliano sen. prof. Edoardo, presidente; Ceresole prof. Giulio, presidente del Comitato Talassoterapico italiano, segretario generale, e dai membri: Ascoli prof. Vittorio, direttore della Clinica medica di Roma; prof. comm. Bognetti, presidente del T. C. I.; gen. med. G. Calegari, direttore della Sanità militare; prof. comm. Oddo Casagrandi, direttore dell'Istituto di Igiene, R. Università di Padova; prof. comm. Cesare Cattaneo, direttore R. Clinica Pediatrica, Università di Milano; prof. gr. uff. Luigi Devoto, presidente gen. della Associazione med. it. di idrologia, ecc.; prof. comm. R. Della Vedova, direttore R. Clinica ortopedica di Roma; prof. comm. Galeazzo, direttore R. Clinica ortopedica di Milano; gr. uff. comm. A. Messea, direttore della Sanità, Roma; prof. comm. V. Putti, direttore della R. Clinica ortopedica, Bologna; comm. Rebucci, comm. Ruata, gr. uff. prof. Fabio Vitali, primario Ospedale Civile, Venezia.

Relatori per l'Italia sono i proff. Calandra di Palermo e Delitala di Venezia.

La tassa d'iscrizione è di franchi 50 per i membri effettivi e di franchi 25 per i membri aggregati (persone di famiglia dei congressisti).

Inviare le iscrizioni e le comunicazioni con sollecitudine al segretario del Congresso, Strada Istvor, 14, Bucarest.

Le ferrovie rumene e gli alberghi concedono ribassi ai congressisti.

Sarebbe opportuno che i medici italiani che si iscrivono al Congresso ne dessero comunicazione a tempo al segretario generale per l'Italia, prof. Ceresole, Ospedale Civile, Venezia, per l'eventualità di costituire una carovana in partenza da Venezia, il che rappresenterebbe una maggiore comodità e facilità di viaggio. Il prof. Ceresole è a disposizione dei colleghi per tutte le informazioni del caso.

Congresso Italiano di Radiologia Medica.

Ricordiamo che nei giorni 14-16 maggio, sotto la presidenza del prof. Luigi Siciliano, direttore

dell'Istituto di Radiologia dell'Università di Firenze, avrà luogo in questa città l'VIII Congresso Nazionale di Radiologia medica, cui S. E. Mussolini ha voluto concedere l'Alto Patronato. Vi sarà annessa un'esposizione di materiale elettroradiologico.

L'inaugurazione verrà fatta nel Palazzo Vecchio il 14 maggio da S. E. il Ministro della P. I., on. Fedele.

Il segretario del Congresso e commissario per l'Esposizione Materiale è il dott. Manlio Gembilla (via degli Alfani 33, Firenze).

Il Congresso internazionale delle dottoresse in medicina e chirurgia.

Sotto l'alto patronato della Regina Elena si è inaugurato a Bologna, il 12 aprile, nella sede dell'Archiginnasio, il V Congresso internazionale delle dottoresse in medicina e chirurgia.

Alla cerimonia assistevano i senatori Malvezzi e Albertoni, mons. Lodi in rappresentanza del cardinale Nasalli Rocca e tutte le principali autorità cittadine.

Hanno pronunciato applauditi discorsi il vicepodestà avv. Carranti per il podestà on. Arpinati, il prof. Viola per l'Università, la dott.ssa Giorgi presidente del comitato locale, la presidente del comitato nazionale prof.ssa Carcupino-Ferrari, la presidente del comitato internazionale Levi-Barres.

Il Prefetto ha portato l'adesione del Governo nazionale al Congresso e lo ha dichiarato aperto in nome del Re e del Governo nazionale.

Dei lavori daremo notizia prossimamente.

Conferenza internazionale sulle affezioni reumatiche.

Come abbiamo già annunziato, si terrà a Bath (Inghilterra) il 10 e l'11 maggio. Soggetti trattati: 1) Febbre reumatica: *a*) acuta, *b*) subacuta; 2) Diverse forme croniche d'artritismo; 3) Cellulite; 4) Artrite deformante. I lavori comprenderanno tre sezioni: I: Sociale; II: Eziologia e Patologia; III: Trattamento. Per prendervi parte, rivolgersi al dott. Vincent Contes, Hon. Medical Secretary, 10, Circus, Bath (Inghilterra).

Congresso internazionale del freddo.

Si è adunato negli scorsi giorni a Roma; ha discusso tra l'altro i problemi relativi alla conservazione degli alimenti mediante il freddo.

Congresso inglese di balneologia.

Il 21 maggio si terrà a Bath l'adunanza annua della Sezione balneologica della Società Reale di Medicina di Londra.

La tessera di congressista si può ottenere richiedendola a sir John Hatton, Hon. Organiznig Secretary, The Pump Room, Bath (Inghilterra); essa permetterà di beneficiare delle riduzioni offerte da tutte le ferrovie dell'Inghilterra (l'Irlanda eccettuata) e dagli alberghi di Bath. Le signore che accompagnano i congressisti godranno degli stessi vantaggi, purchè la loro presenza sia preavvisata.

Il 10 maggio verrà offerto un ricevimento ufficiale dal sig. A. Cedrie Chivers e dalla sig.a Sarah Grand, al Pump Room e ai Bagni Romani.

Corso pratico di medicina e chirurgia a Bologna.

La Sezione Bolognese dell' A. N. F. M. C. si è fatta promotrice di un corso pratico di Medicina e Chirurgia presso l'Ospedale Maggiore di Bologna. Le lezioni accompagnate da esercitazioni pratiche saranno tenute dal 9 maggio al 23 giugno nelle sale e nei gabinetti dell'Ospedale dai sigg. primari proff. Angeletti, Busacchi, Calabrese, Cogolli, Franchini, Gamberini, Lanzerini.

Potranno partecipare al corso i medici condotti ed i laureati in Medicina e Chirurgia che ne faranno richiesta; alla fine del corso verrà rilasciato il relativo diploma di frequenza dietro il pagamento della tassa di L. 25.

Richiedere il programma alla sede dell'Associazione (piazza Galvani 1).

Un corso di dietetica per medici.

Si terrà a Berlino dal 22 al 26 maggio; gl'insegnamenti verranno impartiti da: Trendelenburg, Bickel, Sraub, Boas, v. Bergmann, Strauss, Brauer, His, Sauerbruch, Munk, Richter, Langstein, E. Müller, Schlossmann. Il corso verrà integrato da visite alla Mostra dell'alimentazione e da esercitazioni pratiche. Per informazioni rivolgersi alla « Kaiserin Friedrich-Haus », Luisenplatz 2-4, Berlin N W 6.

Una giornata medica a Milano.

Sotto gli auspici dell'« Ente Autonomo della Fiera Campionaria » e della « Reale Società Italiana d'Igiene » avrà luogo, durante la Fiera-Esposizione con la quale si festeggia quest'anno il decennale della Vittoria (12 aprile-19 giugno), una « Giornata Medica » durante la quale i medici avranno libero accesso alla Fiera e saranno da apposito personale guidati a visitare specialmente quelle Sezioni che hanno attinenza con la Medicina (chimico-farmaceutica, idroclimatologica, libraria, apparecchi scientifici, ecc.).

Com'è noto la Reale Società Italiana d'Igiene che compie in quest'anno il proprio cinquantenario, ha, d'accordo con la Fiera Campionaria di Milano, organizzato un Concorso di Igiene alimentare fra i partecipanti alla Fiera, per il quale saranno assegnate speciali premiazioni.

Il programma definitivo della « Giornata Medica » (la quale avrà luogo il giorno 15 maggio) sarà reperibile alla sede centrale della Reale Società Italiana d'Igiene e potrà essere inviato per posta a chi ne faccia richiesta, dopo il 15 aprile.

Molto probabilmente una seconda giornata (16 maggio) sarà dedicata a visitare le Cliniche universitarie, gli Istituti ospedalieri, ecc., se i medici che affluiranno a Milano in occasione della

« Giornata Medica » ne avranno espresso il desiderio scrivendo alla presidenza della Reale Società Italiana d'Igiene, via Ospedale 3, Milano.

I direttori e redattori di periodici medici potranno rivolgersi all'Ufficio Stampa Medica Italiana (via Vallazze 39, Milano) il quale resterà a loro disposizione durante la « Giornata Medica » e nei giorni successivi.

L'educazione fisica della gioventù scolastica.

Il presidente dell'Opera Nazionale Balilla, on. Renato Ricci, ha concretato le istruzioni per l'incremento dell'educazione fisica nelle scuole elementari e medie pubbliche e private.

Esse sono state approvate dal Ministero della Pubblica Istruzione e diramate ai Comitati provinciali. Le disposizioni principali sono le seguenti:

L'Opera Nazionale Balilla, in esecuzione delle disposizioni contenute nel R. Decreto-Legge 20 novembre 1927-VI, n. 2341, provvede ai servizi di educazione fisica nelle scuole primarie e secondarie del Regno a mezzo dei Comitati provinciali e comunali dipendenti. Il presidente di ciascun Comitato assume la direzione e la responsabilità del buon andamento dei servizi di educazione fisica nella propria circoscrizione, nonchè della esatta osservanza delle disposizioni relative alla educazione fisica.

Presso ciascun Comitato provinciale o comunale è istituito un ufficio ginnico-sportivo a cui sono affidate l'organizzazione e la direzione didattica e disciplinare delle esercitazioni fisiche nelle scuole e nelle organizzazioni giovanili dipendenti dall'Opera Nazionale Balilla.

La festa del Fiore.

S. E. il Primo Ministro con recente Circolare, da noi già pubblicata, invitava i Prefetti del Regno a disporre perchè in ogni Comune si celebri la « Festa del fiore », per la lotta contro la tubercolosi. Egli ha disposto che le somme raccolte siano dai Consorzi provinciali antitubercolari iscritte per intero nei propri bilanci e destinate, insieme con le entrate ordinarie, a sovvenzionare le istituzioni antitubercolari ed a facilitare il ricovero dei tubercolosi poveri negli Istituti di cura.

Per agevolare la celebrazione della « Festa del fiore » in tutti i Comuni, la Federazione Italiana Fascista per la lotta contro la Tubercolosi (via Toscana 12, Roma) ha preparato un vasto e multiforme materiale di propaganda che deve servire a stimolare il contributo finanziario dei cittadini e contribuire alla propaganda igienica, che è tra i fini principali della giornata del fiore.

L'elenco del materiale medesimo viene inviato a chiunque ne faccia richiesta.

Per la sistemazione del rifornimento idrico di Palermo.

Il Ministro delle Finanze ha approntato un disegno di legge che autorizza un mutuo di 10 milioni al Comune di Palermo, per opere di sistemazione idrica della città.

Aviazione sanitaria e "Croce Rossa".

Il prof. Cesare Baduel, direttore generale della Croce Rossa Italiana, ha pubblicato una interessante monografia, ricca di illustrazioni grafiche e fotografiche importanti, su l'efficacia dell'aviazione sanitaria-militare per il trasporto di malati e feriti in caso di grandi e piccole calamità.

L'opuscolo fa la storia dell'aviazione sanitaria, il cui primo aeroplano per trasporto feriti risale al 1917: descrive le organizzazioni aviatorie sanitarie svedese, siamese, americana, spagnuola, francese, che hanno reso grandi servigi umanitarii, trasportando malati dalle regioni isolate e lontane ai centri sanitarii più vicini. Rammenta il noto episodio di Nome nell'Alaska e numerosi episodii che confermano i provvidenziali benefici dell'aeroplano sanitario, ormai innumerevoli nelle regioni desertiche e dei ghiacci, in Africa, in Giappone, nelle Colonie francesi: ci informa che in Italia siamo già avanti nella trasformazione di tipi comuni nell'aviazione italiana e dimostra la necessità di risolvere il problema dei campi di atterraggio, ad integrazione indispensabile della umanitaria istituzione; infine annunzia che il servizio sanitario aereo è, oggi, assicurato con buoni risultati nelle colonie libiche.

La bella e utile pubblicazione è un estratto della Rivista « Croce Rossa » (Anno III - N. 2).

Borsa di perfezionamento « A. Bertarelli ».

Su proposta del Ministro per la P. I. la R. Università di Milano fu autorizzata ad accettare la donazione del comm. dott. Ambrogio Bertarelli, fu Giuseppe, per l'istituzione di una Borsa di perfezionamento per la clinica dermosifilopatica nell'Università medesima.

Posti di perfezionamento a Davos.

All'Istituto Scientifico di Davos, diretto dal prof. Loewy, sono ancora disponibili per l'anno 1928 alcuni posti di lavoro gratuiti, nonchè un certo numero di sussidi per lavori da compiere nell'Istituto stesso.

Per gli uni e per gli altri sono preferiti coloro che desiderano dedicarsi a ricerche concernenti la fisiologia di alta montagna, o la tubercolosi sperimentale.

Le ricerche possono essere eseguite tanto alla sede centrale dell'Istituto, a Davos, quanto al laboratorio succursale di Muottas Muraigl (Engadina) o all'Hôtel Kulm sul Gornergrat.

Le ferrovie locali concedono gratuitamente il viaggio di andata e ritorno, per una sola volta.

Ulteriori schiarimenti si potranno ricevere scrivendo direttamente al prof. A. Loewy, Schweizer Farschungsinstitut, Davos.

Bibliografia sull'amebiasi.

Il prof. Guido Izar, direttore dell'Istituto di Patologia e Clinica medica della R. Università di Messina, ha in corso di pubblicazione un volume sull'« Amebiasi ». Poichè il contributo italiano su

di un argomento di tanta importanza deve figurare al completo, egli prega d'inviargli estese, dettagliate e precise notizie bibliografiche degli studi e ricerche compiuti sull'argomento; possibilmente alle notizie bibliografiche aggiungere un estratto dei lavori.

Viaggio di medici americani in Europa.

Un gruppo di medici americani farà un viaggio di studî in Europa, in coincidenza col Congresso sugli infortuni industriali e sulla patologia indetto a Budapest. La partenza avrà luogo da New York il 16 agosto sulla nave « Muenchen »; il ritorno avrà luogo partendo da Gibilterra sulla nave « Conte Grande ». In Italia verrà visitata Milano.

I medici della Germania.

Il prof. J. Schwalbe nella « Deut. Med. Woch. » calcola che alla fine del 1927 si avevano in Germania (esclusa la regione della Saar) 47,388 medici, che, per una popolazione calcolata a metà d'anno di 63,500,000 ab., corrispondono a 7.45 medici ogni 10,000 ab., il che segna un aumento sensibile sugli anni precedenti (1901: 4.91; 1913: 5.11; 1921: 5.99; 1925: 6.67; 1926: 7.10). Nelle grandi città la proporzione sale a 12.5; nelle campagne si riduce a 5.6. Le medichesse sono in aumento considerevole: 2078 contro 1627 del 1926; nel 1913 ve n'erano appena 195; esse sono concentrate in prevalenza nelle grandi città.

I medici del Giappone.

Secondo un'inchiesta fatta dal ministero dell'interno del Giappone, i medici alla fine del 1926 raggiungevano il numero di 45,900, il che segna un aumento di 574 rispetto al 1925; quella cifra corrisponde ad un medico ogni 1319 abitanti ed a 7.58 medici ogni 10,000 abitanti.

Morti dei medici negli Stati Uniti durante il 1927.

I medici esercenti negli Stati Uniti sono iscritti nell'« American Medical Association », di cui è organo il « Journal A. M. A. ». Questo ha pubblicato, nel corso del 1927, le necrologie di 2790 medici degli Stati Uniti, compresi 10 temporaneamente fuori del Paese. Detraendo il numero dei morti da quello dei neo-laureati, si ha un incremento di 1245 medici.

L'età media dei medici morti nel 1927 fu di 62 anni; 164 avevano raggiunto l'età di 80-84 anni, 91 avevano superato 85 anni e uno toccava 102 anni.

Le cause più frequenti di morte furono le cardiopatie (851, di cui 125 per *angina pectoris* specificata); seguono le emorragie cerebrali (326); le polmoniti (259); ecc. Le morti da infortuni sono state 140, il che segna un salto del 49 % sul 1926; in prevalenza sono state prodotte da automobili, con un aumento allarmante, dell'83 %, sul 1926. Si sono avuti 49 suicidi, in prevalenza con armi da fuoco (17), e 14 omicidi, di cui 4 da pazienti o loro affini.

Una Università limita il numero degli studenti.

L'Università di Wisconsin negli Stati Uniti, su 2900 studenti matricolini ne ha dimesso 1700, perchè trovati insufficientemente preparati e incapaci di profittare degli insegnamenti.

Onoranze al prof. Lo Monaco.

Nel 1928 si compiono 25 anni da che il prof. Domenico Lo Monaco è stato chiamato all'insegnamento della Chimica fisiologica presso la R. Università di Roma.

Onde onorare il Maestro, si sono riuniti gli allievi che alla di Lui scuola sono stati iniziati, che da Lui appresero il metodo sperimentale della ricerca biologica. Essi hanno deliberato di riunire in un volume giubilare (da inserirsi nella collezione dell'Archivio di Farmacologia sperimentale e Scienze affini dal Lo Monaco diretto) i lavori che colleghi, allievi ed estimatori volessero a lui dedicare.

I lavori si accettano non oltre il 15 settembre; non debbono superare 8 pagine di stampa circa.

Per le adesioni e l'invio di lavori rivolgersi al segretario del Comitato, prof. Attilio Busacca, via Depretis 92, Roma.

Il prof. Minkowski.

Ha celebrato il 13 gennaio il suo 70° compleanno. Il valente scienziato non si concede riposi: dopo aver lasciato, per limiti di età, la Clinica Medica di Breslavia, egli fa ora il medico consulente di Wiesbaden.

Il nome di Minkowski è associato ad alcuni dei più notevoli progressi della medicina: il compito del pancreas nel diabete, la derivazione dei corpi acetonici dall'acido ossibutirrico nel coma diabetico, la patogenesi degli itteri, la fisiologia e la patologia dell'acido urico.

In onore di Finlay.

Il 17 febbraio si tenne ad Avana una cerimonia commemorativa di Carlos Finlay, che formulò per primo l'ipotesi del compito spettante a speciali zanzare nella trasmissione della febbre gialla. Oratore ufficiale fu R. L. Wilbur, degli Stati Uniti. Il Finlay era nato a Cuba nel 1833 e vi morì nel 1915; condusse sempre vita modesta.

È morto a 55 anni il dott. A. J. STERNBERG, direttore dell'Istituto per lo studio della Tubercolosi a Leningrado.

Nominato, varî anni or sono, capo della Sezione per tubercolotici nell'Ospedale Obuchow, della stessa città, egli aveva saputo portarla ad un'altezza tale, da richiamarvi molti medici, che vi si addestravano nella diagnosi e nella cura della tubercolosi; vi organizzò un ottimo insegnamento, sebbene questo non avesse carattere ufficiale. Fu lui a introdurre e a diffondere in Russia l'impiego sistematico della tubercolinoterapia e del pneumotorace artificiale.

Dopo le vicende della rivoluzione, da cui egli fu molto provato, riuscì, nel 1922, a creare l'Isti-

tuto che in cinque soli anni di attività doveva rendere notissimo il suo nome in Russia ed all'Estero.

In una serie di lavori suoi e del personale scientifico addetto all'Istituto, fu studiata la teoria delle costituzioni in rapporto allo sviluppo della tubercolosi; furono compiute interessanti ricerche di endocrinologia, tra cui quelle sull'esame funzionale della tiroide; vennero elaborati numerosi metodi per la diagnosi della tubercolosi glandolare, mesenterica e polmonare; erano in corso promettenti ricerche sperimentali sulla chemoterapia della tubercolosi, dirette a scoprire un rimedio battericida, innocuo per l'organismo; veniva anche studiata sperimentalmente, su larghe basi, l'alimentazione nella tubercolosi.

Lo Sternberg ha pubblicato un ottimo Manuale dal titolo «Fondamenti diagnostici» (in russo) ed ebbe parte attiva nella redazione del periodico «Nowoje w Medizynje». Aveva qualità didattiche; ultimamente il suo Istituto vantava da 40 a 60 medici inscritti ogni semestre.

P.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXV Roma, 30 Aprile 1928 Fasc. 17

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

SANATORIO DELLA C. R. I. « CESARE BATTISTI »
PRESSO ROMA.
Direttore Prof. GUIDO MENDES.

Variazioni delle pressioni endopleuriche in rapporto alla posizione del soggetto e loro importanza nella pratica del pneumotorace.

Dott. MARIO MAZZETTI, medico aiuto.

L'argomento ha non lieve valore ai fini del buon andamento di un pneumotorace terapeutico. Ciò malgrado, non esistono, a mia conoscenza, particolareggiate osservazioni di autori che se ne siano espressamente occupati. Nelle comuni e più diffuse monografie sul pneumotorace e nei trattati di patologia, si accenna a una « classica » posizione sul fianco per la prima puntura e per i successivi rifornimenti, ma nessuna spiegazione si dà per cui questa debba essere considerata la posizione di scelta. Un primo accenno alla posizione sul dorso è fatto dal Parodi (1); egli dice: « Tutte le misurazioni delle pressioni endopleuriche debbono essere fatte essendo il malato in posizione coricata sul dorso ed il più possibile orizzontale, essendo questa la posizione di equilibrio statico e dinamico degli organi endotoracici ed endoaddominali ». E in un altro suo lavoro (1), il Parodi accenna agli spostamenti degli organi endotoracici in rapporto alla posizione del soggetto, spostamenti che portano ad una variazione delle pressioni endopleuriche con alterazione dei valori manometrici che le esprimono.

Essendo l'argomento di notevole interesse per la pratica del pneumotorace ed essendo caduti sotto la nostra osservazione molti casi in cui gli errori della pressione rilevata nella posizione di fianco avevano provocato dannosi effetti nella cura del collasso polmonare, io ho voluto controllare sperimentalmente quale rapporto in realtà esista tra i cambiamenti di posizione del soggetto e le pressioni endopleuriche nel pneumotorace, allo scopo di stabilire quale sia la posizione più razionale e più logica per le reinsufflazioni.

Contrariamente alla comune abitudine, nel Sanatorio « C. Battisti » da molto tempo, sia nella

(1) PARODI: *L'ergomanometro, apparecchio per la misurazione analitica delle pressioni nel cavo pleurico.* Comunicazione all'Accademia di Medicina di Roma, febbraio 1926.

(1) *Sur le phénomène de Kiemboek et sur les déplacements du médiastin.* Archives medico-chirurgicales de l'appareil respiratoire. Tome I, p. 4, 1926.

prima introduzione gassosa che nei successivi rifornimenti, abbiamo adottata la posizione sul dorso; di questa pratica non abbiamo avuto che a lodarci, non essendo mai incorsi nella istituzione delle alte pressioni, con relative dannose conseguenze, che abbiamo spesso riscontrato in individui insufflati nella posizione sul fianco. Col presente lavoro si vuole dimostrare come la posizione sul dorso sia appunto quella più razionale per le insufflazioni e per il rilievo delle pressioni endopleuriche.

Per le osservazioni qui contenute, ho fatto le misurazioni delle pressioni nella posizione prima sul dorso e immediatamente dopo in quella sul fianco, perciò nelle identiche condizioni di pressione del gas raccolto nel cavo pleurico. I valori ottenuti ho paragonato fra loro, per metterne in chiaro rilievo le differenze essenziali e poter quindi stabilire su dati obbiettivi le cause patogenetiche di tali differenze. Ho usato il manometro comune ad U. annesso agli apparecchi da insufflazione, ma sopratutto mi sono valso dei dati forniti dall'ergomanometro Parodi, i soli utilizzabili per le deduzioni di indole fisiomeccanica, e i soli capaci di rischiarare il problema dal lato patogenetico. Sia nella posizione sul dorso che in quella sul fianco, il malato aveva il capo e il torace leggermente sollevati da un cuscino sopra un piano rigido, orizzontale. Mi sono di proposito limitato all'esame dettagliato di queste due posizioni e di quella di quarto o sul mezzo fianco, essendo le più usate nei rifornimenti; però ho eseguito anche delle misurazioni a malato in posizione seduta, in piedi e coricata sul lato del pneumotorace, riservandomi per queste posizioni uno studio più completo in seguito. Oltre alla posizione, ho tenuto conto del ritmo respiratorio del paziente, cercando di rilevare le pressioni a ritmo costante per lo stesso individuo, cioè quello abituale, calmo, non forzato.

Ben si intende che i valori delle variazioni delle pressioni sono relativi oltre che alla posizione, alla tonicità dei muscoli respiratori, alla capacità del cavo pleurico, alle condizioni del parenchima polmonare, allo spostamento degli organi endotoracici, alla pressione endoaddominale; ma alcuni di questi elementi, come lo spostamento degli organi endotoracici e la pressione addominale, non hanno valore se non in conseguenza della posizione, la quale pertanto rimane la causa principale delle variazioni delle pressioni endopleuriche.

Le mie osservazioni riguardano quindici casi di pneumotorace con circa sessanta misurazioni, delle quali riporto qui solo alcuni esempi, dimostranti in diverso grado le variazioni delle pressioni in rapporto alla posizione del paziente.

A) Dati comparativi sul dorso e sul fianco.

Es. I - M. N. pneumotorace destro parziale, iniziato da due mesi; bolla gassosa prevalentemente alta; diaframma tonico, aderente nella metà interna; insufflazioni medie di cmc. 250 ogni 8 giorni

	Posizione sul dorso		Posizione sul fianco	
Manometro ad U:	-1 — 6		— 6 — 11	
Ergomanometro (1):	2	10.60	2	50.110
	3	4.16	3	16. 32
	4	3	4	4
	1	0 g.	1	0 g.

In questo esempio, tra la posizione sul dorso e quella sul fianco vi è una differenza in meno, cioè verso una maggiore negatività dei valori, per la posizione sul fianco, di circa 5 cmc. al manometro ad U.

I valori ergomanometrici ci dicono che sul fianco aumenta il grado di retrazione polmonare (elevazione dei valori della statica da 10 a 50); aumenta altresi la mobilità inspiratoria (aumento della dinamica da 50 a 60); il mediastino si sposta di più verso il lato omologo (aumento da 3 a 4); l'attività del diaframma non muta apprezzabilmente (da Og. a Og.).

Es. II - C. C. pneumotorace sinistro iniziato da 5 mesi, parziale piccolo con bolla prevalente in alto, diaframma tonico con aderenze nella metà interna; insufflazioni medie di 100 cmc. ogni 8 giorni.

	Posizione sul dorso		Posizione sul fianco	
Manometro ad U:	O - 6		— 6 — 15	
Ergomanometro:	2	65	2	40. 110
	3	18	3	10. 30
	4	4	4	4
	1	15 g.	1	0 g.

Anche in questo caso, tra la posizione sul dorso e quella sul fianco vi è la differenza di 6 cmc. in meno, per la posizione sul fianco, al

(1) Per la spiegazione dettagliata dei valori ergomanometrici, vedere mio lavoro: « *Valore dell'ergomanometro polmonare « Parodi » per lo studio clinico e manometrico del pneumotorace* ». Tubercolosi, ottobre 1927.

manometro ad U. All'ergomanometro abbiamo la comparsa di una cospicua pressione statica (40), leggero aumento della dinamica (da 65 a 70) più notevole spostamento del mediastino verso il lato omologo (da 3 a 4), e notevole modificazione dell'attività diaframmatica, dovuta alla maggiore negatività della pressione nel cavo pleurico (da 15 g. a 0 g.), per cui il diaframma è meno ostacolato nella sua azione espiratoria.

Es. III - G. F. pneumotorace sinistro iniziato da sei mesi, parziale piccolo con bolla prevalente in alto e aderenza diaframmatica verso la metà esterna; insufflazione media di 200 cmc. ogni 8 giorni.

	Posizione sul dorso		Posizione sul fianco	
Manometro ad U:	+ 3 — 2		— 2 — 7	
Ergomanometro:	2	40 g.	2	5.65
	3	10	3	2.16
	4	2	4	3
	1	22 g.	1	6 g.

In questo esempio, nella posizione sul dorso l'ergomanometro ci dice che si è fatta nel cavo pleurico una iperpressione, segnalata dal gorgoglio alla manovra 2; la pressione quindi è superiore a quella utile e comincia ad essere dannosa. Ma passando nella posizione sul fianco, l'iperpressione scompare e appare invece una pressione statica, la quale ci dice che la lesione non è immobilizzata e sarebbe quindi necessario proseguire nell'insufflazione; si andrebbe così incontro, nella posizione sul fianco, allo stabilirsi di una iperpressione di notevole grado entro il cavo pleurico.

B) *Dati comparativi tra la posizione sul dorso e quella di quarto.*

Essendo la posizione di quarto, cioè sul mezzo fianco, anch'essa molto usata nei rifornimenti, ho fatto delle misurazioni comparative anche tra questa posizione e quella sul dorso.

Es. VI - Medesimo pneumotorace dell'es. 1°:

	Posizione sul dorso		Posizione di quarto	
Manometro ad U:	+ 1 — 7		— 2 — 10	
Ergomanometro:	2	50	2	20.70
	3	12	3	5.22
	4	4	4	6
	1	6 g.	1	0 g.

Questo esempio ci mostra come anche tra la posizione sul dorso e quella di quarto, esistono differenze notevoli, nello stesso senso che tra la posizione sul dorso e quella sul fianco; si ha una differenza di 3 cmc. di acqua in meno per la posizione di quarto al manometro ad U. all'ergomanometro si ha comparsa di valori statici, leggero aumento di quelli dinamici, maggiore spostamento mediastinico verso il lato omologo e scomparsa dei valori diaframmatici.

C) *Dati comparativi tra la posizione sul dorso e quella sul fianco insufflato.*

In questo esperimento, il paziente, nella posizione di fianco, aveva l'emitorace sano in alto e quello con pneumotorace a contatto col piano orizzontale, in basso.

Es. V - S. G. pneumotorace sinistro parziale iniziato da 3 mesi, con insufflazioni medie di 200 cmc. ogni 8 giorni; diaframma tonico con aderenze nella metà interna.

	Posizione sul dorso		Posizione sul fianco insufflato	
Manometro ad U:	O — 4		+ 2 + 5	
Ergomanometro:	2	35	2	25 g.
	3	4	3	2
	4	2	4	1
	1	8 g.	1	15 g.

In questo esempio, passando il malato dalla posizione sul dorso a quella sul fianco insufflato, la pressione endopleurica si sposta in senso positivo di 5 cmc. di acqua. I valori ergomanometrici ci dicono che si è costituita nel cavo pleurico una iperpressione; che la ventosazione è ridotta, come pure i movimenti mediastinici; il tono del diaframma è conservato ma la sua attività ostacolata dalla accresciuta pressione del cavo pleurico. Abbiamo così variazioni di pressione in senso opposto a quello che si ha quando dalla posizione sul dorso si passa a quella sul fianco sano non insufflato.

***

Dall'analisi delle cifre esposte, appare evidente una differenza sensibile fra i valori delle pressioni in posizione sul fianco e quelle in posizione sul dorso. Questa differenza consiste in un aumento, per la posizione di fianco, dei valori delle pressioni statiche e talora di quelle dinamiche, quando cioè esistano aderenze che favoriscono i movimenti di espansione del polmone. Le variazioni dal manometro segnalate, possono essere espresse in poche parole: cioè

le pressioni nella posizione sul fianco sono sempre inferiori a quelle nella posizione sul dorso. Ma questa negatività delle pressioni in posizione sul fianco non è che temporanea, relativa al breve spazio di tempo occorrente per la insufflazione; quando il paziente riassume la sua naturale posizione verticale o supina cambiano i valori della pressione endopleurica nel senso e in quella entità che gli addotti esempi ci hanno mostrato. Ed è facile pertanto immaginare come, malgrado la apparente depressione endopleurica segnalata dal manometro, si possano talora avere valori fortemente positivi, per il solo fatto del cambiamento di posizione.

L'interpretazione fisio-meccanica delle variazioni delle pressioni endopleuriche in rapporto alla posizione, è molto semplice. Già Paillard aveva descritto le modificazioni radiologiche della situazione del diaframma in rapporto alle variazioni della posizione; l'osservazione manometrica le conferma nei principii fondamentali. Ogni variazione della pressione endopleurica è determinata da una variazione del rapporto tra volume del polmone e capacità del cavo pleurico; quando il cavo toracico è libero e liberi sono nei loro movimenti gli organi endotoracici, la posizione sul fianco ha come conseguenza un rimpicciolimento del volume del polmone, dovuto a un maggior grado di retrazione del polmone medesimo. In questa posizione, la funzione di retrazione elastica polmonare è facilitata dalla trazione degli organi endotoracici e dal peso stesso del polmone, il quale, durante la espirazione, sottostà come a una spinta di assecondamento dall'alto in basso, dovuta alla forza di inerzia del proprio peso. In queste condizioni, il rapporto tra massa polmonare e cavo toracico è alterato, e, per il rimpicciolimento dell'organo, si ha un aumento della depressione endopleurica.

Ma un altro fattore ha importanza nella determinazione complessiva dei valori delle pressioni endopleuriche, vale a dire l'azione che la pressione endo-addominale esercita sul diaframma, e, attraverso a questo, sul cavo toracico. Di queste influenze sono le pressioni espiratorie che in primo luogo ne risentono, giacchè è particolarmente al diaframma che è devoluta l'azione espiratoria.

Io non ho accennato che di sfuggita ai lavori di Pailard, non intendendo di addentrarmi qui sulle dettagliate variazioni di posizione del diaframma. Pertanto richiamo solo l'attenzione sulla resultante fisica di queste modificazioni, quale essa ci viene dimostrata dai valori manometrici.

Nell'ergomanometro, i valori diaframmatici espiratori sono indicati dalla manovra 1 quando essi sono accompagnati dal gorgoglio dinamico, il loro aumento sullo zero ci dice che il diaframma è tonico ma che nella sua azione espiratoria incontra una resistenza nella pressione endopleurica; la mancanza o la scarsezza di tali valori ci dice che l'azione espiratoria del diaframma non trova notevole resistenza nella pressione del cavo pleurico.

Negli esempi citati (II, III, IV) e in tutte le altre misurazioni osservate ma qui non riportate, i valori diaframmatici dell'ergomanometro diminuiscono o scompaiono quando il paziente dalla posizione sul dorso passa a quella sul fianco. In questa posizione, l'emidiaframma del lato alto ha un'azione più facile, meno ostacolata dalla presione endopleurica, per la diminuzione che questa subisce in tale posizione, relativamente a quella sul dorso.

Ma la diminuzione della pressione endopleurica che in posizione sul fianco avviene nell'emitorace alto non è solo la causa della più facile azione diaframmatica, ma è anche effetto delle variazioni che col cambiamento di posizione avvengono nella pressione endo-addominale. Nella posizione sul dorso, nella quale si ha equilibrio statico degli organi addominali, la forza di inerzia di questi è applicata pressochè uniformemente sui due emidiaframmi; ma nella posizione sul fianco questo equilibrio è rotto.

L'emidiaframma che viensi a trovare in basso, sul piano di sostegno, sottostà a una maggiore pressione dovuta all'aumento della forza di inerzia contro di esso applicata dalla massa dei visceri splancnici, gravanti sul suo lato; esso perciò è maggiormente spinto contro la base della cavità toracica di cui tende a diminuire la capacità, aumentando quindi la pressione di essa. I risultati di tali modificazioni meccaniche ci sono mostrati chiaramente dall'esempio V delle nostre esperienze, nel quale il paziente, essendo coricato sul fianco portatore di pneumotorace, i valori diaframmatici espiratori della manovra 1 dell'ergomanometro hanno subito un notevole aumento, mentre si è avuta una diminuzione dei valori inspiratori, fatti questi che attestano un avvenuto aumento di pressione nel cavo pleurico, in seguito al cambiamento di posizione.

Fenomeni perfettamente contrari avvengono nell'emitorace che nella posizione sul fianco viene a trovarsi in alto: l'emidiaframma corrispondente è liberato dalla spinta che in posizione sul dorso riceveva dai visceri addominali, onde esso tende a spostarsi verso la cavità addominale, inducendo così una diminuzione di pressione nel cavo pleurico corrispondente.

Questa spiegazione meccanica ci dimostra con sufficiente chiarezza le ripercussioni che la pressione addominale ha su quella endopleurica nel

cambiamenti dalla posizione sul dorso a quella sul fianco e viceversa. Ma una semplicissima esperienza ci dimostra pure quale notevole azione abbia la pressione addominale su quella endopleurica, anche nella posizione di equilibrio, sul dorso, e come, in un individuo portatore di pneumotorace molti siano i fattori che possono far variare le pressioni stabilite nel cavo pleurico al momento dell'insufflazione.

ESEMPIO VI. - V. I. Pneumotorace parziale grande, iniziato da 6 mesi; insufflazioni medie di 250 cmc. ogni 8 giorni.

Paziente in posizione sul dorso, in condizioni normali, non di esperimento:

Manometro ad U: — 4 — 14

Ergomanometro:

2	10.100
3	8. 40
4	5. 20
1	0 g.

Paziente in posizione sul dorso, con applicazione di una fascia passata attorno all'addome e stirata dai due capi:

Manometro ad U: — 3 ÷ 4

Ergomanometro:

2	60 g.
3	25
4	10
1	25 g.

Dal confronto dei valori delle due misurazioni appare evidente come l'aumento della pressione endoaddominale provocato dalla fascia, si ripercuote notevolmente sulla pressione endopleurica, facendo scomparire la statica, riducendo i valori della dinamica, provocando nel cavo pleurico una iperpressione segnalata dal gorgoglio alla manovra 2 dell'ergomanometro, ed elevando i valori espiratori. In questo caso il diaframma, che ha conservato il suo tono, reagisce alla contropressione addominale artificialmente prodotta, cercando di opporsi ad essa con un'azione di compenso.

Questo esempio ci dimostra ancora come, in condizioni particolari (pasti abbondanti, cinghie strette intorno all'addome, ecc.) la pressione endopleurica possa aumentare anche nella posizione di equilirio, vale a dire può subire altri aumenti oltre quello indotto dal cambiamento di posizione, quando le insufflazioni siano state fatte nella posizione sul fianco.

Di qui la necessità di eliminare, nella tecnica del pneumotorace, ogni elemento capace di modificare in senso positivo le pressioni stabilite al momento dell'insufflazione, e, prima di tutto, l'errore di posizione; questo, unito alle inevitabili modificazioni connesse ai più comuni atti della vita ordinaria (tosse, sternuti, sforzi, ecc.) può elevare la pressione endopleurica oltre il limite consentito dalla elasticità dei tessuti, e riuscire estremamente pericoloso (fistole pleuropolmonari) e, in ogni caso, nocivo.

Nell'esempio antecedente abbiamo notato come il diaframma, avendo conservato il suo tono, ha reagito al brusco aumento della pressione addominale provocato dalla fascia. Il tono del diaframma, in quanto possibilità di reazione allo stimolo rappresentato dai bruschi cambiamenti di pressione sia nel cavo pleurico che addominale, è di grande importanza per le variazioni che la pressione subisce nel cavo toracico, in rapporto al cambiamento di posizione dell'individuo.

La posizione sul fianco, avendo come conseguenza un rilasciamento dell'emidiaframma alto, favorisce una diminuzione di tono di esso, che reagisce fiaccamente all'aumento della pressione endopleurica prodotto dall'insufflazione, mantenendo i valori manometrici a un livello basso che trae facilmente in errore circa la quantità di gas da insufflare.

L'esempio che segue dimostra come i rifornimenti, in posizione sul fianco, di grandi quantità di gas, abbiano prodotto una paralisi meccanica del diaframma, con abbassamento notevole di esso ed aumento enorme della pressione endopleurica.

ESEMPIO VII. - Sig. X. Portatore di pneumotorace destro totale; insufflazioni medie di 7,800 cmc. ogni 8 giorni, in posizione sul fianco; presenta impressionante dispnea, asfissia periferica, tachicardia; è anorressico, dispeptico. L'individuo, andato a consulto presso un collega per il rifornimento abituale, presenta i seguenti valori manometrici, rilevati in posizione sul dorso:

Manometro ad U: +7+12

Ergomanometro:

2	0 g.
3	0 g.
4	0
1	30.80

Queste cifre ci dicono esistere nel cavo pleurico una abnorme iperpressione che ha provocato un gorgoglio alla manovra 3 dell'ergomanometro, fatto assolutamente eccezionale per chi conosce tale apparecchio. Esiste uno spostamento mediastinico notevolissimo, rilevato anche alla radioscopia; le cifre della manovra 1 ci mostra-

no come il diaframma è completamente paretico, notevolmente abbassato e incapace di ogni attiva reazione di difesa, poichè esiste una pressione statica espiratoria e si nota la scomparsa del gorgoglio dinamico.

Si può affermare pertanto, che quando si parla di variazioni di pressione nel cavo pleurico in rapporto alla posizione dell'individuo, bisogna tener conto anche dell'elemento tono del diaframma, il quale tende ad opporsi alle brusche variazioni di pressione che hanno luogo nelle due cavità, la pleurica e la addominale.

Come conseguenza necessaria e incidentalmente possiamo aggiungere che condizioni patologiche capaci di determinare tali brusche variazioni e che non possono essere dominate da modificazioni compensatorie di posizione del diaframma, debbono essere pertanto artificialmente corrette, sia col dare al paziente una opportuna posizione di compenso, sia col determinare delle pressioni extra addominali ed extratoraciche sufficienti a correggere la mancata funzione del diaframma (1).

La conclusione pratica che si può trarre da queste esperienze è che nella maggior parte dei casi, ad esclusione di quelli nei quali la elasticità polmonare di retrazione è diminuita, la posizione di scelta per le insufflazioni nel pneumotorace non è quella così detta classica sul fianco, e nemmeno quella di quarto, anch'essa molto usata, bensì quella sul dorso. Questa è la posizione di sicurezza capace di garantirci dalle conseguenze della iperpressione che suole succedere allorquando il paziente, dalla sua posizione momentanea chirurgica passa alla stazione verticale o semplicemente a quella dorsale.

Nei casi sopracitati, nei quali per comodità di intervento risultasse indispensabile fare assumere al paziente la posizione sul fianco, bisogna tener conto che in tale posizione il valore della pressione statica è sempre superiore a quello che in realtà è; e su questo fatto in particolar modo abbiamo voluto richiamare l'attenzione di quanti trattano nella pratica il pneumotorace terapeutico.

*
* *

Ringrazio il mio direttore prof. Mendes che in queste ricerche mi ha incoraggiato e sorretto, ringrazio altresì il mio capo reparto dott. Parodi che ha richiamato sull'argomento la mia attenzione, e nello svolgimento di esso mi ha diretto e consigliato.

---

(1) Vedi PARODI: *Tecnica del pneumotorace e fisiomeccanica della respirazione.* (In corso di stampa).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI MODIGLIANA.

Sopra due tumori post-traumatici.

Contributo all'oncogenesi da trauma

per il dott. RICCARDO CARNELLI.

Non intendo, facendo note queste mie due osservazioni, di rifare la storia dell'oncogenesi da trauma, nè tanto più volere entrare in merito alle ragioni portate pro e contro la teoria di Hansemann nell'etiologia dei blastomi.

Tale « apprezzamento dell'influenza traumatica « (ha detto Barbacci) è di una tale delicatezza « che non può meravigliare, se gli autori siano « venuti, in passato, alle più diverse conclu- « sioni ».

Certamente, volendo affrontare quest'ardua questione, tanto studiata e tanto dibattuta bisognerebbe anzitutto, fare atto di sincerità, confessando con Borrel (*Le problème du cancer*, 1907) « che fin'ora, nell'assillante problema del cancro, « non si trovano che ipotesi sopra ipotesi, possi- « bilità e pochi fatti dimostrati » percui non è in base a due sole osservazioni, che io potrei sentirmi autorizzato ad ammettere, con assoluta certezza, il trauma, come sicuro fattore etiologico dei tumori maligni. Però, almeno clinicamente, per me, è molto suggestivo il fatto della precedenza d'un trauma che colpisce in modo rapido, una regione del corpo fisiologicamente ed anatomicamente normale e nella quale, subito, o poco dopo il trauma, si sviluppa un neoplasma, specialmente un sarcoma.

D'altra parte un fattore che si è mostrato d'importanza indiscussa nell'insorgenza d'un neoplasma maligno è il trauma ripetuto, rappresentato da irritazioni croniche meccaniche chimiche o flogistiche, per le quali Lustig non esita ad affermare che fra esse e l'insorgenza di un carcinoma esiste un rapporto che può ritenersi ormai sufficientemente dimostrato.

È appunto per queste ragioni, che mi sono deciso a pubblicare queste mie due osservazioni nell'intenzione di portare un modesto contributo all'eventuale rapporto fra trauma e tumore.

OSSERVAZIONE I. — *Sarcoma cerebrale.*

(Di questo caso ne fece già oggetto d'una sua pubblicazione l'ex mio assistente dott. Fadda nel 1924, sul *Giornale del Medico Pratico*, anno VI, n. 4, aprile 1924. Qui, lo riporto succintamente per metterlo a confronto col 2° caso che mi è recentemente capitato, nello stesso Ospedale).

Certa Mer. Assunta d'anni 20, nubile, colona, da Modigliana, mentre scendeva una scala di casa, scivolò e cadde battendo con violenza la

nuca sullo spigolo d'un gradino. Riportò contusione della regione temporo-occipitale destra, ma nessuna soluzione di continuo, anche minima, dei tegumenti esterni. Ebbe, sul momento, tutta la sindrome da skoc, verificabile in simili casi ma, dopo 2 giorni, tutto passò. Poi, per una settimana accusò cefalea intensa, gravativa, a sede occipitale, qualche vomito, vertigini e disturbi di deambulazione ma dopo, tutto rientrò nella norma. A due mesi dal trauma, la cefalea ricominciò e vi si aggiunse tutto il quadro d'una lesione grave a carico del cervello, tantochè 15 giorni prima del decesso che avvenne a circa 7 mesi dopo il trauma, si ebbe anche perdita totale della vista.

I diversi esami clinici e di laboratorio esclusero in modo assoluto, la forma tubercolare, la luetica, la ciste d'echinococco ed altre lesioni infettive. La radiografia dimostrò un'ombra un po' allungata a contorni ben definibili, a carico della base del cranio, in corrispondenza dell'apofisi basilare occipitale. Data la sintomatologia clinica dapprima si pensò ad un processo di encefalite purulenta (ascesso) di origine traumatica. In seguito però, a cinque mesi di distanza dal trauma, lo speciale decorso tenuto dalla malattia, ci fece orientare la diagnosi verso il tumore cerebrale e ciò trovò conferma al tavolo anatomico.

Colla necroscopia, la base anatomopatologica della sindrome clinica presentata dalla nostra paziente, risultò infatti essere costituita da un grande nodo sarcomatoso nella compagine d'un esteso focolaio meningo-encefalitico e l'esame microscopico stabilì trattarsi d'un sarcoma costituito da noduli e zaffi di piccole cellule fusiformi, raggruppate a manicotto intorno a piccoli vasi neoformati e confluenti nella zona centrale del tumore.

Si concluse, allora, che data la perfetta salute precedente al trauma, presentata dalla paziente e accertata colla più minuziosa indagine anamnestica personale, collaterale ed ereditaria, che benchè non potesse essere allontanato, in modo assoluto, il dubbio che il trauma cranico avesse accelerato il decorso d'un tumore preesistente, rimasto fin'allora silente e nonostante tutte le possibilità di decorso di tali lesioni nei giovani soggetti ed escluso che il trauma rappresentasse una pura coincidenza, fosse invece proprio la causa del tumore cerebrale, almeno come condizione utile per la proliferazione ed evoluzione successiva di germi embrionali, che si vuole rappresentino la prima origine dei neoplasmi.

OSSERVAZIONE II. — *Tumore misto della loggia renale sinistra.*

Certo Piaz. Giulio, d'anni 52, benestante, commerciante, fino dalla più tenera età dice di essere affetto da calcolosi renale sinistra. Accusò infatti, sempre da quel lato, qualche nefralgia che per altro non s'accompagnò mai a fatti imponenti della funzione renale. Non ebbe, fino all'epoca presente, altra malattia degna di nota. Crebbe robusto ed apparentemente sano, facendo sempre vita attiva in campagna. Non contrasse lue, nè blenorragia nè abusò mai di vino o liquori.

Da circa un'anno, cominciò a notare, ad intervalli più o meno lunghi di tempo, presenza di sangue nelle urine, accompagnata da più forte algidismo nella regione renale sinistra; algidismo che scompariva, scomparendo il sangue nelle urine.

Consigliato a farsi praticare un esame cistoscopico e radiografico, la cistoscopia non rivelò niente a carico della vescica e degli ureteri, mentre la radiografia mise in evidenza anzitutto un ingrossamento del rene sinistro e la presenza in esso, di tre grossi calcoli, disposti uno al lobo superiore; uno presso la pelvi renale ed uno presso il lobo inferiore. Nonostante questi reperti ed il consiglio di farsi operare il paziente non si decise ed indugiò facendo cure palliative ed antiuriche, finchè le frequenti ed abbondanti ematurie non lo ridussero in uno stato di vera anemia acuta. All'atto operatorio, praticato il 3 gennaio 1927, in narcosi morfio-atropo-cloroformica, con taglio rettilineo, obliquo secondo Morris-Le Dentu e resezione, in alto, del legamento costo-lombare, per aver più facile accesso al rene, ci rendemmo conto della situazione.

Il rene era effettivamente ingrossato e presentava al polo inferiore una sacca idronefrotica della grossezza d'un arancio. Svuotata questa sacca e constatato che esistevano forti aderenze solide che univano la capsula non solo agli organi vicini ma anche al parenchima renale, si fu costretti a fare una nefrectomia totale sottocapsulare, per spezzettamento, alla Tuffier, avanzando passo, passo, dal basso in alto.

Durante queste manovre, estraemmo i tre grossi calcoli constatati alla radiografia e molti altri più piccoli ed una grande quantità di sabbia.

Il tessuto renale, che disgraziatamente, non fu conservato per un esame istologico, si mostrò macroscopicamente in preda ad un esteso processo degenerativo. Di colore uniformemente giallo rossastro, con fatti di atrofia e di sclerosi, senza più alcuna distinzione fra sostanza corticale e midollare, sembrava formato d'un tessuto spugnoso, pieno di vacuoli e piccole cavità cistiche contenenti urina. La pelvi appena riconoscibile per la compressione ed atrofia determinata dalla presenza di un grosso calcolo moriforme. La consistenza del rene diminuita perchè più facilmente friabile; la superficie quasi mammellonata e nella parte periferica qualche piccolo focolaio emorragico sottocapsulare, forse dovuto al traumatismo operatorio.

L'insieme dei pezzetti estratti e lì per lì riuniti dimostrò un rene effettivamente aumentato di volume e d'un peso assai maggiore del normale.

Assicurata l'emostasi, l'intervento fu completato collo zaffamento dell'ampia loggia renale.

Il decorso post-operatorio fu normale. In seconda giornata l'urina fu emessa in quantità di mezzo litro ed, in 3ª giornata, raggiungeva già la quantità normale e l'esame chimico ripetuto più volte non svelò mai traccie d'elementi patologici.

La loggia renale presto si coperse di granulazioni di buon aspetto e, dopo 30 giorni, l'ammalato lasciava l'Ospedale apparentemente guarito ed assai migliorato nel suo stato di nutrizione e di sanguificazione.

A 7 mesi di distanza dall'atto operatorio il paziente si ripresenta con una piccola fistola in corrispondenza dell'estremo inferiore della cicatrice operatoria ed accusando un dolore alla natica sinistra, in corrispondenza del decorso del nervo sciatico.

Esplorato il tramite fistoloso con una piccola sonda semirigida e accertato che esso non rap-

presentava alcuna comunicazione col moncone ureterale residuato dalla nefrectomia, ne tentammo la chiusura, previo raschiamento col cucchiaio, a mezzo della pasta di Beck prima e dopo col metodo di Marion al nitrato d'argento ma, nè coll'uno, nè coll'altro metodo, se ne ottenne la guarigione.

Intanto comparve, coll'andar del tempo, una tumefazione lungo la cresta iliaca superiore sinistra, allungata, fusiforme, di consistenza assai dura, al disopra della quale la pelle presentava un caratteristico reticolo venoso, a caput Medusae, mentre la nevralgia sciatica si era accentuata e si esacerbava, specialmente alla notte. Supponemmo che qualcosa di nuovo, probabilmente una neoplasia, s'andasse formando nel nostro paziente e purtroppo, una nuova radiografia, un nuovo raschiamento della fistola col cui contenuto facemmo degli strisci e degli esami istologici, nonchè una puntura esploratrice con grosso ago-cannula nella massa della tumefazione, ci resero certi della natura neoplastica maligna del tumore che s'accrebbe con inverosimile prestezza, dando luogo ad esauriente cachessia per cui, il nostro paziente a 9 mesi, dalla nefrectomia subita, moriva.

La radiografia fece vedere un'ombra ovoidale occupante tutta la loggia renale e che si allungava in basso occupando gran parte della fossa iliaca sinistra.

L'esame istologico dei nostri preparati, allestiti con metodo May-Giemsa, ci illuminò sulla differenziazione di alcune cellule grosse, specifiche, poligonali piene di grasso o glicogenè che ci portò alla diagnosi di tumore misto della loggia renale e pelvica sinistra.

La necroscopia non fu praticata.

Nella storia dei due casi esposti mi sembra assai evidente l'inizio del tumore dopo un trauma. Nel primo caso è un trauma unico, accidentale, al quale segue un tumore cerebrale e già dicemmo le ragioni che c'indussero a stabilire il nesso logico fra questi ed il trauma.

Nel secondo caso, facendo astrazione dalle lesioni anatomo patologiche indotte nel rene della calcolosi esistente fino dalla nascita del paziente, il tumore insorge dopo il trauma chirurgico.

Questa evenienza è tutt'altro che nuova perchè, nella letteratura non mancano esempi di tumori maligni insorti dopo un intervento chirurgico eseguito su tessuti ed in regioni apparentemente normali.

Il Coley ad es: (*Ann. of. Surgery*, 1911) esponendo una vasta statistica sui sarcomi, cita il caso di uno di questi tumori sviluppatosi su di una cicatrice d'ernia eseguita 4 settimane prima e che, durante l'atto operatorio, non aveva dimostrato reperti anormali.

Ma un caso che sembra avere più stretta analogia col nostro, per il modo d'insorgere e le conseguenti successioni anatomopatologiche è stato pubblicato dal Solieri (*Lo Sperimentale. Arch. di Biol. norm. e patol.*, anno 57, fasc. IV, Firenze, 1903) in un individuo affetto da osteoma della coscia (tumore dei cavalieri) nel quale, dopo la enucleazione di questo tumore, insorse rapidamente un sarcoma dalla loggia residuale e che portò a morte il paziente.

Il Solieri ammise come causa il trauma chirurgico il quale, avendo procurata la decompressione di germi aberranti esistenti nella capsula dell'osteoma, diè luogo al rapido sviluppo del sarcoma.

Questa ipotesi istogenetica ci sembra perfettamente adattarsi al nostro caso e non siamo contrari ad ammettere che anche il tumore renale da noi operato abbia avuto origine da germi aberranti, contenuti nella capsula fibrosa del rene asportato. È certo che la loggia renale, in seguito alla nefrectomia era stata completamente svuotata e quindi non è da supporsi che in essa, fossero residuate cellule di parenchima renale, dalle quali abbia potuto trarre origine il tumore. È vero che, non avendo potuto fare l'esame istologico del parenchima renale, non possiamo, a tutto rigore escludere che esso fosse in preda, insieme colla calcolosi, ad un processo neoplastico che già avesse preso rapporti colla capsula e quindi non possiamo neppure ammettere questa origine. Ma d'altra parte, è risaputo che, alcuni tumori pararenali derivano da germi aberranti contenuti nella capsula renale e che, quando assumono il carattere di malignità, hanno tendenza a diffondersi per iniezione neoplastica dei linfatici che dalla capsula fibrosa passano all'adiposa e da questa agli organi vicini, percui, ammettendo quest'ultima istogenesi, ci rendiamo facilmente conto anche della invadenza, da parte del tumore da noi osservato, prima nella loggia renale vuota, e, quando questa si rese insufficiente alla sua espansione, dell'usura e della perforazione della capsula, verso il polo inferiore e della penetrazione, al di dietro del colon, nella cavità del bacino.

Per questa loro espansione i tumori pararenali sono tumori di volume generalmente considerevole (5-10-20 kg.); di consistenza variabile, circondati da capsula connettivale nascenti dalla loggia renale e che per la loro struttura non possono che nascer da questa. Sono tumori abbastanza rari (nella letteratura se ne contano 113 osservazioni) e non hanno nulla a che fare colle infiammazioni croniche preesistenti del rene, percui, nel nostro caso, la calcolosi preesistente non ci offre alcuna ragione di appiglio per la patogenesi del tumore osservato. Chè, se anche, nella letteratura, si citano casi di calcolosi coesistenti con un neoplasma, questa patogenesi non può essere accolta da noi, perchè nei casi riferiti, si

considerano le relazioni esistenti fra i due processi patologici nel rene in sito, ma nel nostro caso, il tumore si sviluppò dopo l'estirpazione di quello e quindi la nostra indagine etiologica doveva necessariamente rivolgersi a ciò che del rene restava, cioè alla capsula fibrosa, come l'unica capace di contenere in sè quei germi aberranti che possono dare origine ad un tumore.

Modigliana, 26 dicembre 1927.

NOTE E CONTRIBUTI

A proposito di ringiovanimento.

Notizie ai giornali da Vienna hanno in questi giorni fatto conoscere un metodo del dott. Doppler di ringiovanimento con l'acido fenico. Il dott. Doppler parte dal presupposto che aumentando l'irrorazione sanguigna in un organo, questo viene messo in istato di migliore nutrizione quindi di migliore funzionalità. Gli organi trattati dal Doppler sono gli stessi, per i quali Sergio Voronoff ha da anni proposto i suoi innesti.

Il metodo consiste nel mettere a nudo le arterie nutritizie degli organi in discorso e nel determinare con pennellature di soluzione fenica la paralisi del plesso simpatico periarterioso e la conseguente dilatazione delle arterie, sulle quali il simpatico esercita, come è noto, un'azione costrittrice.

Il metodo del Doppler è certo ingegnoso, tuttavia è assai meno semplice e meno pratico di un metodo italiano da me proposto, quando ancora non erano noti gli esperimenti del Doppler, in un mio manuale di diatermia (di cui il manoscritto è nelle mani dell'editore Hoepli di Milano sin dal dicembre dello scorso anno e che sarà pubblicato tra breve). Questo metodo era da me consigliato in sostituzione dell'operazione di innesto alla Voronoff, operazione poco pratica per la difficoltà di aver a disposizione l'organo vicariante.

Il mio metodo consiste nel determinare nelle ghiandole genitali sia maschili che femminili nonchè in quegli altri organi endocrini che l'esame clinico particolare possa consigliare, un'intensa iperemia attiva con il calore penetrante della corrente ad alta frequenza.

Sperimentando con questo metodo, che ha anche il vantaggio di essere assolutamente indolore e (sempre che sia applicato con tecnica corretta) di essere privo di qualsiasi pericolo, io ho ottenuto risultati positivi consimili a quelli ottenuti dal dott. Doppler di Vienna.

Di questi risultati mi riservo di pubblicare i dati clinici insieme ai dettagli della tecnica. Questa mia nota è provocata dalle notizie date dai giornali del metodo Doppler e non ha che lo scopo di richiamare l'attenzione dei colleghi su un metodo che ha su quello austriaco i vantaggi di essere più semplice; di essere del tutto incruento (privo dei pericoli che un intervento chirurgico anche lieve può presentare); di poter essere meglio graduato e ripetuto senza inconvenienti.

È da notare inoltre che il calore penetrante della corrente ad alta frequenza agisce anche spostando il sistema biochimico verso le reazioni di natura endotermica, le quali sono caratteristiche della fase anabolica, fase di ricostruzione più propria dell'età giovanile.

8 marzo 1928. Dott. GAETANO ZUCCHI.

STORIA DELLA MEDICINA

Medici a Roma e in Egitto nell'antichità.

Da notizie contenute in papiri recentemente venuti alla luce e studiati da un giurista italiano, il Modica, siamo venuti ad apprendere importanti notizie circa l'esercizio dell'arte sanitaria in Egitto, nell'epoca romana, e i privilegi di cui godevano i medici. Essi erano mantenuti dalle varie comunità, le quali alla loro volta avevano il diritto di rivalersi, a mezzo di tasse, sui loro componenti (Diodoro L. 1° §82).

La tassa, detta ιατρικόν veniva pagata quasi sempre in natura e nella misura di due *artabe* di grano per persona; essa era dovuta da tutti indistintamente e serviva a pagare i medici che non percepivano alcun onorario.

Nell'epoca imperiale di Tito e di Vespasiano pare accertato che i medici fossero esenti dalle prestazioni d'opera obbligatorie dovute allo Stato (*liturgie*) alla pari degli avvocati e di altri professionisti. Abbiamo in proposito due interessanti documenti pubblici.

Il 1° (papiro Oxy. I. 40) contiene una decisione del II o III secolo d. C. emessa dal pretore Valerio Eudemone in seguito all'istanza rivoltagli da un medico per essere esonerato dai « munera pubblica »:

« Paris è comparso e ha detto: in qualità di medico io ho prestato le mie cure a quegli stessi che mi hanno designato per la liturgia. Eudemone rispose: può darsi che tu asserisci cose false; poichè affermi di essere medico e di praticare la mummificazione, dammi la formula e avrai concessa l'immunità ».

Il II Documento (papiro Fayum 106) è del 140 d. C. e contiene un'istanza di M. Valerio Gemello diretta al prefetto Avidio Eliodoro per pregarlo

di renderlo esente dall'obbligo della *liturgia*, tenendo conto che egli era stato per 4 anni in Bacchias a esercitare la professione di medico pubblico, e che, anzi, in tale occasione aveva consumato tutte quante le sue sostanze!

È sorto il dubbio se degli stessi privilegi accordati ai medici godessero anche i mummificatori; ma l'analogia può essere indotta solo dal fatto che essi, come i medici, venivano adibiti dagli *strateghi* per accertare le ferite riportate dagli abitanti e per constatare i decessi.

I farmacisti è certo che pagavano le tasse comuni a tutti i mercanti per ottenere la licenza d'esercizio. Nei documenti si trova questa categoria associata a quelle degli esercenti i mestieri più bassi; essa faceva parte della comunità dei rigattieri-tintori-unguentari. (Wilken, Gr. Ostb. I-IV § 135).

Alcuni regolamenti d'igiene pubblica vietavano agli imbalsamatori, ai sotterratori, agli impresari di pompe funebri di aver casa nell'interno dell'abitato (destra del Nilo); essi dovevano tassativamente risiedere alla riva sinistra. Nel celebre processo d'Hermias (papiro Torino n. 1) un individuo rivendica una casa posta alla destra del fiume perchè abitata da simili persone « tanto più in quel momento che si era nella stagione estiva ».

Importanti sono le incombenze medico-legali deferite ai medici.

L'accertamento delle lesioni riportate dal querelante era fatto da un medico governativo in compagnia d'un funzionario dello *stratego*. Si sono trovati documenti in cui individui rivolgono istanza allo *stratego* per la nomina di un suo funzionario e di un medico governativo per controllare le sue condizioni fisiche, in seguito a lesioni riportate per ferimento, e riferirne per iscritto (papiro Fiorentino II, 59). L'intervento della polizia medica (visita necroscopica) fu in uso a cominciare del II sec. dopo Cristo per constatare i decessi ed ordinare il seppellimento.

Non mancavano in Egitto leggi che regolavano il baliatico. Gli obblighi maggiori, nei contratti relativi, incombevano sulla balia a protezione dell'infante affidatole. Era vietato di allattare contemporaneamente altri bambini; era fatto obbligo di cautelare la qualità e quantità del latte, e di astenersi in modo assoluto dai rapporti sessuali. In determinati periodi la nutrice doveva presentare l'infante alla persona che glielo aveva affidato per constatare il suo sviluppo fisico. Quando il bambino fosse morto durante il baliatico (che durava fino a 2 anni) la nutrice era tenuta ad accettare in sostituzione un altro infante perchè essa «aveva ricevuto da nutrice una cosa che non muore mai ».

***

Dicono gli storici che a Roma il primo medico scientifico, in contrapposto agli empirici sempre esistiti, fu Archagathos, peloponesiaco, vissuto verso il 200 av. C.. Catone il vecchio curava ancora la sua famiglia con gli stessi metodi adoperati per il bestiame, consultando un libro di ricette casalinghe.

La maggioranza dei medici erano schiavi o liberti, ma, se di gran fama erano onorati e godevano di molti privilegi, oltre che di emolumenti che procuravano loro la ricchezza. Cesare concesse il diritto di cittadinanza ai medici praticanti a Roma; più tardi essi ebbero l'esenzione dalle tasse (oh tempora!), dal servizio militare, ecc. Anche quando i romani si dettero allo studio della medicina, in genere erano preferiti gli stranieri: a questo proposito Plinio osservava argutamente che il fatto era dovuto a ciò, che il malato ha tanta più fede in una ricetta quanto meno ne capisce la lingua. I chirurghi, per i risultati più tangibili delle loro cure, erano più apprezzati dei medici i quali, anche quando la chirurgia era pervenuta ad alto sviluppo, continuavano a valersi (non diversamente da molti che pur nella Roma d'oggi fanno molta fortuna!) di rimedi di composizione segreta, di suggestioni e di altre ciarlatanerie. Pensare che ancora essi non conoscevano i miracoli di certe moderne cure opoterapiche!

Lo Stato non esercitava alcun controllo nè sugli esercenti l'arte medica nè sulle scuole da essi istituite; si limitava soltanto a processare quel chirurgo che con la sua trascuratezza lasciava morire un paziente in seguito ad un'operazione. Non esistevano facoltà di studi: chiunque voleva apprendere la medicina assisteva, mediante pagamento, alle visite ed alle operazioni di celebri specialisti.

Esistevano fin d'allora a profusione gli specialisti. Vi erano quelli per le malattie interne (clinici), per le affezioni di orecchio, bocca e denti, per le ernie, per i calcoli renali, per le malattie d'occhi; non mancavano anche le medichesse.

La ciarlataneria non andava disgiunta dalla messa in scena, lussuosa più che mai, per impressionare e gabbare i clienti: gabinetti di consultazioni riccamente arredati, con coppette d'argento, bisturi con manico d'oro, cassette d'avorio per gli strumenti ecc.

In un volume scritto dall'olandese Leopold (*Vita privata dei romani*) troviamo notizia di cospicui guadagni raggiunti da alcuni medici. Un certo Stertinio guadagnava 600.000 sesterzi all'anno; il chirurgo Alkon aveva guadagnato 10

milioni di sesterzi (!!) che gli vennero confiscati dall'imperatore Claudio, ma che si rifece in due anni; per la guarigione d'un eczema al viso due specialisti pretesero ben 200.000 sesterzi. Unici medici a stipendio fisso erano quelli dell'imperatore, retribuiti annualmente con stipendi fra 250.000 e 600.000 sesterzi. Dei medici gratuiti per i poveri non si trova traccia prima del 368 d. C., Antonino Pio ne aveva istituiti in antecedenza numerosi in provincia; nell'Asia Minore ogni città ne possedeva da 5 a 10 secondo gli abitanti.

I primi ufficiali medici per le armate compaiono sul finire della Repubblica: ogni legione ne aveva 24, la Guardia imperiale 4 per coorte. Le scuole dei gladiatori, i teatri, i ginnasi, le corporazioni operaie avevano i loro medici particolari.

I farmacisti non costituivano a Roma una classe maggiormente reputata che in Egitto. Essi erano profumieri e droghieri (*aromatarii, unguentarii*) e venivano accusati di fornire sostanze di cattiva qualità per lucrare maggiormente.

In mezzo a tanti cacciatori di fortuna, però, è giusto riconoscere che non mancavano medici serii che esercitavano con abnegazione e coscienziosità l'arte in tutti i tempi ritenuta divina e la facevano progredire con l'accurata osservazione del malato, e con sapienti esperimenti sul potere terapeutico dei farmaci allora in uso nelle diverse malattie.

Vulgus vult decipi!, e perciò la ciarlataneria fu, e sarà di tutti i tempi.

Roma, febbraio 1928. Prof. SALVATORE DIEZ.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Patologia del liquor cerebro-spinale.

(F. PLAUT. *Wiener Klin. Woch.*, n. 58-52, 1927).

Il liquor cerebro-spinale normale ha una composizione ben determinata, notevolmente differente da quella del plasma sanguigno, si deve perciò ammettere che nei luoghi di produzione del liquor esista una specie di barriera che consente il passaggio dal sangue solo di determinate sostanze.

Il principale luogo di formazione del liquor è costituito dai plessi coroidei; però oltre ad essi anche i capillari di tutto il sistema nervoso centrale e della pia contribuiscono alla formazione del liquor. Il liquor normale ha un contenuto di albumina minimo in confronto a quello del sangue; esso contiene pochissimi linfociti, forte quantità invece di sali; contiene inoltre zucchero, urea, acido lattico. Nelle malattie delle meningi la barriera che secerne il liquor non funziona più normalmente; essa lascia perciò passare altre sostanze dal sangue, specialmente albumina. Anche senza che esista una meningite può essere aumentata la permeabilità delle meningi; si osserva ciò specialmente nelle psicosi sintomatiche (nei delirii febbrili infettivi e nella demenza arteriosclerotica). Passano allora facilmente nel liquor sostanze somministrate all'individuo: iodio, arsenico, sostanze coloranti, bromo. Si saggia la permeabilità delle meningi somministrando del bromuro di sodio per 5 giorni di seguito; al sesto giorno si paragona il contenuto in bromo nel siero e quello nel liquor. Normalmente il siero contiene tre volte più bromo del liquor il quoziente di permeabilità e cioè *tre*. Se il quoziente è minore di 2,9 la permeabilità è aumentata, se esso è superiore ai 3,5 la permeabilità è diminuita. Diminuzione della permeabilità meningea si osserva in molti casi di schizofrenia.

Il liquor patologico contiene più cellule del liquor normale. Se le cellule sono molto aumentate si parla di meningite purulenta, se esse sono aumentate in misura scarsa, in modo da non determinare intorbidamento, di meningite sierosa. In tutte le meningiti acute sono aumentate le cellule polinucleari, soltanto nella meningite tubercolare e in quella sifilitica sono aumentati i linfociti. Aumento dei linfociti nel liquor accompagna numerosi processi di varia natura: sifilide, sclerosi multipla, encefalite, mielite, poliomielite, herpes zoster, colpo da calore, esantemi acuti, ecc. Il liquor può contenere anche eritro-

citi. In casi di emorragia recente il liquor è ematico; se l'emorragia è antica esso è colorato in giallo (xantocromia). Presenza di pochi eritrociti nel liquor fanno sospettare un tumore se si può escludere che essi provengano da lesioni prodotte dalla puntura.

Il liquor patologico contiene molta albumina, sopra un terzo per cento. Di solito l'aumento di albumina si accompagna ad un aumento degli elementi cellulari. Un alto contenuto in albumina di un liquor che non contenga più cellule del normale deve far sospettare processi limitanti lo spazio.

Oltre alla quantità è importante la qualità delle sostanze albuminoidi. Anche in casi a contenuto albuminoideo normale possono essere aumentate le globuline. L'aumento delle globuline è costante nella paralisi progressiva. In tutti i processi sifilitici del sistema nervoso centrale prevalgono nel liquor le globuline mentre nelle meningiti batteriche prevalgono le albumine. Servono a dimostrare l'aumento delle globuline la reazione di Nonne con solfato di ammonio, la reazione di Pandy con l'acido fenico, la reazione di Weichbrot col sublimato. In certo modo analoghe alle reazioni albuminoidee sono le reazioni colloidali: la reazione di Lange con l'oro colloidale, la reazione col mastice, la reazione con la paraffina, la reazione col benzoino. Il liquor normale non altera il colore rosso dell'oro colloidale, mentre il liquor patologico fa flocculare l'oro; il colore si trasforma così in bleu, rosso, violetto, biancastro. Nelle diverse malattie il massimo della flocculazione si osserva a diversi gradi di diluizione del liquor. Si distinguono in generale due tipi di flocculazione: nel primo tipo il massimo si osserva a sinistra (seconda, terza o quarta provetta) nella zona così detta luetica; nel secondo tipo la massima flocculazione si osserva a destra, sesta provetta od oltre, nella cosidetta zona meningitica. Nei casi di paralisi progressiva la massima flocculazione si osserva già nella prima provetta. Questa specie di flocculazione è caratteristica della paralisi progressiva, essa si osserva solo eccezionalmente in altri processi (sclerosi multipla). La flocculazione nella zona luetica si osserva invece anche in molti processi non luetici. La diagnosi di processi sifilitici del sistema nervoso centrale si fa con la reazione di Wassermann sul liquor. Se un sifilitico presenta una Wassermann positiva nel liquor ciò dimostra che l'infezione ha invaso il sistema nervoso. Non è però lecito porre per questo fatto una prognosi infausta perchè in una alta percentuale di casi, la reazione di Wassermann è positiva nel liquor durante il periodo secondario mentre diventa poi negativa ed i pazienti guariscono del tutto. Più gravi sono i casi in cui la reazione di Wassermann persiste positiva nel liquor nonostante la terapia specifica. Sono casi da sorvegliarsi accuratamente controllando spesso il liquor, casi, da trattarsi forse con la malaria. È prudente esaminare il liquor di ogni sifilitico prima di interrompere il trattamento. Passati alcuni anni dall'inizio dell'infezione sifilitica, una Wassermann positiva nel liquor è un reperto grave, specialmente se le reazioni colloidali dimostrano una curva di flocculazione paralitica. L'esame del liquor è dunque importante per la diagnosi differenziale delle diverse affezioni luetiche nervose. Paralisi progressiva: Wassermann fortemente positiva, lieve aumento delle cellule e dell'albumina, curva paralitica delle reazioni colloidali. Meningite sifilitica: reazione di Wassermann debolmente positiva, forte aumento delle cellule e dell'albumina. Lues cerebrale cronica a tabe: reazione di Wassermann debolmente positiva, lieve aumento delle cellule e dell'albumina, flocculazione nella zona luetica.

L'esito della reazione di Wassermann sul liquor distingue poi le reazioni sifilitiche da quelle non sifilitiche del sistema nervoso. Nella sifilide congenita una Wassermann positiva nel liquor non è un reperto così grave come nella sifilide dell'adulto.

Il contenuto in zucchero del liquor è diminuito in tutte le meningiti acute (importante, per la diagnosi di meningite tubercolare), è normale oppure aumentato nell'encefalite epidemica. Esiste poi un rapporto costante fra lo zucchero nel sangue e lo zucchero nel liquor: il sangue ne contiene la quantità doppia. In molte malattie delle meningi si può dimostrare l'agente patogeno nel liquor. È facile dimostrare nel liquor i pneumococchi, gli staffilococchi, gli streptococchi; è invece talvolta molto difficile scoprire il meningococco o il bacillo tubercolare. Dopo ore di ricerca spesso non si trovano questi germi, è allora necessaria la coltura del liquor o l'inoculazione di essi ad animali per dimostrare che esso contiene i germi patogeni.

POLLITZER.

Le meningiti uremiche.

(I. MILHIT e R. LIÈGE. *Gazette des Hôpitaux*, 4 gennaio 1928).

Fra le diverse infiammazioni delle sierose che sono state osservate negli uremici, la meno frequente e la più dubbia è certamente la meningite. Gli AA. ne descrivono un caso da loro osservato, che si presta ad alcune considerazioni.

Si tratta di un uomo di 60 anni, in coma uremico,

con modica rigidità nucale, e lieve Kernig. Non esistono segni di localizzazione cerebrale. Una puntura lombare dà un liquor leggermente torbido, con 350 elementi per mm³, elementi che all'esame del sedimento colorato appaiono costituiti, salvo qualche raro linfocito, da polinucleati neutrofili, perfettamente intatti. Il metodo di Gram non mette in evidenza nessun germe, e le culture in agar-ascite restano sterili.

Il giorno seguente viene praticata l'azotemia, che risulta del 0,72‰; nei giorni seguenti essa sale progressivamente fino al 1,27 %. Dodici giorni dopo l'ingresso in Ospedale il liquor si mostra profondamente modificato, in quantochè alla polinucleosi, fino ad allora quasi pura, si è sostituita una linfocitosi; mentre l'urea del sangue è scesa a 0,51 ‰. Il malato esce dal suo coma, e può anche alzarsi un poco dal letto. L'azotemia diminuisce ulteriormente a 0,36 ‰.

Gli AA. escludono, per la mancanza della febbre, la possibilità di uno stato meningeo con polinucleosi, dovuto a qualche focolaio lontano dalle meningi; nè pensano che possa trattarsi di una polinucleosi del liquor da sifilide del nevrasse, mancando ogni segno, clinico e sierologico, di infezione luetica; e concludono quindi per una meningite uremica.

Il loro caso differirebbe un po' dagli altri, estremamente rari, osservati nella letteratura (casi in cui più che di meningiti si tratta di stati meningei) per la durata, per la polinucleosi persistente, e per il passaggio di questa in mononucleosi.

Quale sia la causa della congestione vasale e dell'abbondante diapedesi non è ben chiaro: i più pensano che entrino in giuoco due fattori: la ritenzione azotata e l'ipertensione. Nel caso osservato però l'ipertensione mancava.

Riguardo alla prognosi la meningite uremica non aggrava la prognosi immediata dell'uremia; naturalmente facendo una riserva per i casi in cui alla meningite asettica si aggiunge un processo infettivo. *m. sabatucci.*

Carcinosi meningea della base con reperto positivo nel liquor.

(PENECKE. *Med. Klinik*, 28 ott. 1927).

Si tratta di una paziente di 30 anni, che fu colpita da cefalea intensa ed ostinata, e poscia da fenomeni di compressione cerebrale; la P. morì per edema cerebrale.

La diagnosi di un processo carcinomatoso della base del cervello potè esser fatta per il reperto di cellule tumorali nel liquor. Il liquor era torbido, con 186 cellule per mmc., accanto ad una insignificante positività della reazione delle globuline e di quella dell'oro colloidale. L'autopsia e gli esami istologici fecero riconoscere un piccolo adenocarcinoma gastrico con metastasi alle ghiandole dei dintorno dell'ulcera, all'ilo polmonare e all'ovaio di destra. Alla base del cervello, una diffusa carcinosi meningea con consecutivo edema cerebrale da ostacolo al deflusso del liquor.

GARRONE.

ORGANI GENITALI MASCHILI.

Il cateterismo dei canali eiaculatori.

(G. LUYS. *Bull. Mém. Soc. Chir. de Paris*, n. 16. 2 dic. 1927).

Il cateterismo dei canali eiaculatori è indicato per il restringimento di questi canali, e per iniettare nelle vescichette seminali un liquido modificatore.

L'A. si limita a considerare la dilatazione dei canali eiaculatori ristretti, le sue indicazioni e controindicazioni e la tecnica di tale trattamento. I restringimenti dei dotti eiaculatori sono frequenti, e possono essere causa di emospermia, di spermatismo, di assenza di proiezione del prodotto dell'eiaculazione, di eiaculazioni dolorose, e di azoospermia se essi sono completamente chiusi. Inoltre nelle spermatocistiti si ha ritenzione di prodotti patologici, che si apprezza dal mancato deflusso col massaggio per via rettale. Perciò si impone il cateterismo dei dotti eiaculatori, e con esso si ottiene il vuotamento delle vescichette seminali.

Perciò il cateterismo dei dotti eiaculatori è indicato: 1) nei restringimenti dei canali eiaculatori; 2) nelle ritenzioni vescicolari allorchè il massaggio non produce l'effetto desiderato; 3) nelle eiaculazioni dolorose; 4) nell'emospermia; 5) nelle eiaculazioni senza proiezione; 6) nei restringimenti congeniti; 7) nelle epididimiti a ripetizione (l'atresia dei canali eiaculatori, da vesciculite, favorisce la congestione e l'infiammazione di tutto il tratto genitale e la cronicità con ricadute dell'epididimite: infatti in tali casi il cateterismo degli eiaculatori fa migliorare le epididimiti); 8) nell'azoospermia consecutiva ad obliterazione dei canali eiaculatori.

È controindicato il cateterismo dei canali eiaculatori: nelle uretriti acute posteriori e nelle iperemie del verumontanum, sanguinante.

Gli sbocchi dei canali eiaculatori nel 64 % dei casi sono situati sui labbri dell'otricolo medio prostatico; nel 27 % lateralmente sui punti più rilevati del verumontanum; più raramente nel fondo dell'otricolo prostatico mediano, ed essendo perciò invisibili bisogna scoprirli incidendo l'otricolo prostatico in alto e in basso; ancora più raramente sulle pareti laterali del verumontanum,

dandogli l'aspetto a scafandro, e gli sbocchi stessi in tale varietà possono essere a diversa altezza.

La tecnica operatoria del cateterismo dei canali eiaculatori consiste nell'uso dell'uretroscopio di Luys lungo 13 cm. e confaciente al diametro dell'uretra; previo lavaggio uretro-vescicale, per detergere la mucosa uretrale lo si introduce fino alla fossetta prostatica, ed in corrispondenza del verumontanum si rinvengono gli orificii. Per cateterizzare i canali eiaculatori l'A. impiega stiletti metallici piegati a gomito verso l'estremo che si sorregge in mano, sul quale esistono anche delle graduazioni in centigradi; l'estremo che deve penetrare nei dotti eiaculatori è olivare. Si penetra con l'uretroscopio disponendo la lampada in alto e il tubo d'aspirazione in basso; si penetra così nell'uretra fino a vedere il verumontanum e gli orifizii dei canali eiaculatori; per raggiungerli si scorre lungo la parete inferiore dell'uretroscopio, penetrando in essi con la estremità bottonata e dirigendosi obliquamente in fuori per 1-3 cm., fino a raggiungere una resistenza, dovuta allo sperone che separa l'ampolla del canale deferente dalla veschichetta seminale.

Ma le alterazioni flogistiche delle vescichette seminali diffondendosi al verumontanum creano delle difficoltà di osservazione. Le dilatazioni lente e graduali del verumontanum, i medicamenti diretti con tintura di iodio, resorcina, nitrato d'argento possono diminuire l'infiammazione di esso. Se tuttavia i canali eiaculatori restano invisibili ugualmente, si può praticare la distruzione parziale del verumontanum, sotto visione diretta uretroscopica ed a mezzo dell'elettrocoagulazione.

Ma la distruzione del verumontanum può essere causa di reflusso dello sperma nella vescica al momento del coito. L'A. però in alcuni casi con la distruzione parziale del verumontanum ha potuto in seguito praticare il cateterismo dei dotti eiaculatori, ridando ai pazienti delle funzioni genitali perfette.

JURA.

Su di un nuovo processo per la cura dell'ipospadia.

(R. FALCONE. *Archivio Italiano di Chir.* vol. XVIII).

L'A. dopo aver descritto i vari metodi operatori per la cura dell'ipospadia e rilevati i pregi e difetti, ne propone uno veramente ottimo, e destinato ad essere seguito. Esso si basa sul concetto moderno delle autoplastiche a distanza con lembi tubulari: e si esegue in due tempi. Nel I tempo si forma un lembo tubolare a superficie cutanea esterna sulla faccia anteriore dello scroto, che è tenuto fisso per mezzo di due peduncoli, uno anteriore all'altezza dell'orificio ipospadico, l'altro posteriore ad una distanza proporzionata alla lunghezza dell'uretra da ricostituire. Intanto la perdita di sostanza viene colmata in primo tempo. Dopo almeno un mese, assicurata la nutrizione del lembo, si procede al II tempo, recidendo l'attacco posteriore del lembo tubulare spaccando questo longitudinalmente, dispiegandolo, e formando un canale a superficie cutanea interna. Praticato quindi per via smussa un tunnel sotto la cute della faccia inferiore del pene, vi si trae il canale neoformato, che si farà uscire all'apice del glande; mentre posteriormente sarà abboccato con una sutura all'orificio ipospadico. Questa la descrizione molto sommaria dell'atto operatorio, veramente ingegnoso e destinato a sicuro successo. L'autore, in tre casi di ipospadia peno-scrotale, con tale metodo ha ottenuto completo successo.

V. LOZZI.

Il testicolo ectopico e il suo trattamento col metodo di Torek.

(MEYER. *Surg. Gyn. and Obst.*, genn. 1927).

L'A. riporta 64 casi operati secondo il metodo di Torek al Lenox Hill Hospital. Secondo tale metodo, dopo aver liberato il testicolo dalle aderenze nella sede anomala, lo si stira nello scroto attraverso il tragitto inguinale e, aperto lo scroto si fissa il testicolo alla fascia lata, nella sua porzione mediale, mentre si suturano gli involucri scrotali alla ferita fatta in quel punto sulla coscia. Dopo 5 o 6 mesi si disfà la sutura dello scroto alla cute della coscia e del testicolo alla fascia lata e si chiude la borsa scrotale. In quel periodo di tempo il testicolo si è fissato con nuove aderenze nella sede normale e il pericolo che abbia a risalire è escluso. Tutti i malati trattati in tal modo sono guariti senza inconvenienti.

V. GHIRON.

CONFERENZE.

I principî della diagnosi.

(R. HUTCHISON. *Britsh Medical Journal*, 3 marzo 1928).

Le tre virtù cardinali, la fede, la speranza e la carità, hanno la loro corrispondenza in medicina: la diagnosi è un atto di fede, la prognosi un atto di speranza, la terapia un atto di carità. Come dal punto di vista pratico la carità eccelle sulle altre virtù, così la terapia è la principale, la prevalente finalità della medicina. Ma la terapia non è possibile senza un'esatta diagnosi, per modo che questa diventa lo strumento indispensabile di tutta l'opera del medico.

La diagnosi è basata sulla ponderata interpretazione dei sintomi e dei segni. In questi ultimi tempi si è accentuata la tendenza a non far più distinzione tra questi e quelli e a chiamare sintomi tutte le manifestazioni della malattia. In effetti però è utile mantenere la di-

stinzione e considerare « sintomi » tutti gli effetti subbiettivi della malattia e « segni » tutti i fenomeni obbiettivi che possono rilevarsi all'esame fisico. È vero che vi sono manifestazioni che tengono dei sintomi e dei segni, come ad es. i disturbi della sensibilità, ma ciò non invalida il principio di tener separati i fatti subbiettivi ed obbiettivi.

I sintomi si rilevano raccogliendo la storia con l'interrogatorio del paziente. Da ciò il valore del contributo che il paziente stesso porta alla diagnosi.

L'importanza dei sintomi varia notevolmente nei vari casi, ma forse è maggiore nelle affezioni addominali e minore nelle malattie cutanee ed in quelle organiche del sistema nervoso.

Non tutti i sintomi hanno eguale valore diagnostico, e d'altro lato di non tutti i sintomi i pazienti sono egualmente consapevoli, alcuni passano inosservati, altri sono trascurati o dimenticati.

Di regola i pazienti sogliono insistere nel denunziare un sintoma, quello in atto o quello prevalente, quello che dà maggiori sofferenze o che più l'ha colpito, trascura quelli trascorsi o di minore importanza.

Nel raccogliere l'anamnesi è buona regola lasciar dire al paziente, non interrogarlo su punti speciali e determinati. Solo successivamente in caso di omissione da parte del paziente si farà qualche domanda senza però suggestionarlo suggerendogli sintomi che possono essere inesistenti.

I segni si rilevano con l'osservazione e con i metodi clinici d'indagine generale e speciale.

Gli errori di diagnosi fatta a mezzo dei segni, possono essere negativi e positivi. Gli errori negativi sono forse i più comuni: dipendono dal trascurare segni realmente esistenti, e v'incorrono per lo più coloro che non sono abbastanza addestrati nei metodi clinici. Gli errori positivi consistono nello svelare segni inesistenti: v'incorrono per lo più coloro che sono diligenti nell'osservazione ma con scarsa cultura e poca esperienza. L'apice pulmonare destro, l'area cardiaca e la fossa iliaca destra sono le regioni nelle quali più frequentemente si prende lucciola per lanterna.

Accertati i sintomi ed i segni occorre interpretarli, e per questo occorre la conoscenza, senza della quale si è ciechi di mente. Al riguardo nulla è più persuasivo di quanto si verificò in occasione dei primi casi di encefalite letargica. I sintomi di quest'affezione erano chiari, evidenti, ma i medici non fecero subito la diagnosi, rimasero disorientati, perchè non avevano conoscenza ed esperienza della malattia.

Dopo l'osservazione e la conoscenza viene il giudizio, che è il fattore più importante della diagnosi. Ogni medico è un giudice, che deve pesare sintomi e segni e dare a ciascuno il suo valore.

La medicina è l'arte di venire ad una conclusione con indizî insufficienti. Arte ben difficile, che richiede un talento particolare.

Si può affinare la capacità di osservazione con la pratica, si può aumentare il patrimonio delle conoscenze con lo studio e l'esperienza, ma la facoltà di ben giudicare è innata, e si tratta di una facoltà complessa risultante di varî elementi.

Quel che comunemente si chiama istinto o senso clinico non è che la facoltà di un rapido giudizio, che può mancare in individui di alto intelletto ed essere presente in individui per altri rispetti mentalmente inferiori. È qualche cosa che rassomiglia al senso comune, senza però che si possa confondere con esso. In effetti il senso clinico è il senso delle proporzioni.

Questo potere naturale di giudizio può allenarsi con la cultura generale e non con la cultura scientifica speciale. Il medico deve avere una cultura umanistica.

Da quel che si è detto segue che gli errori di diagnosi dipendono da cattiva osservazione, ignoranza o scarso raziocinio.

Solo nei casi più difficili si ha una chiara consapevolezza di questi tre elementi della diagnosi: osservazione, cultura, giudizio. Nella grande maggioranza dei casi, almeno quando si tratti di medici sperimentati, tutto ciò si svolge nella subcoscienza: si giunge alla conclusione senza che si sappia come e perchè vi si sia pervenuto.

Noi non possiamo apprendere dai libri la facoltà di una diagnosi immediata ed intuitiva, possiamo pervenirvi solo dopo una lunga esperienza. La descrizione di una malattia nei trattati è come la descrizione di una persona fatta dalla polizia per la ricerca di un criminale, come la descrizione di uno scenario in un romanzo o in una novella: le parole molto difficilmente possono dare una immagine reale ed esatta della cosa descritta.

Gli effetti degli errori di diagnosi sulla mentalità del medico hanno un certo interesse. Se l'errore è dovuto a cattiva osservazione o a scarsa cultura esso può essere salutare per quanto spiacevole, invogliando ad una maggiore diligenza, ad un più intenso studio. Se invece è dovuto ad un errore di raziocinio ha effetti negativi, in quanto fa diminuire nel medico quella confidenza in sè stesso tanto necessaria nella pratica. Fortunatamente però i medici hanno la felice tendenza a dimenticare i proprî errori ed a ricordare quelli degli altri.

Fatta la diagnosi si deve decidere se convenga o non comunicarla al paziente. Se la pro-

gnosi è buona non c'è ragione di nascondere la verità, in caso contrario è preferibile esprimersi in termini vaghi, evitando di profferire il nome della malattia, poichè il paziente consultando i libri o domandando ad amici od altri medici potrebbe venire a conoscenza della sua sorte.

Un buon diagnosticatore deve tener presenti i seguenti precetti negativi:

1) *Non essere troppo abile*, ossia non perdersi nelle minuzie, nella ricerca di fatti causali che hanno un puro interesse scientifico, e che non hanno alcuna importanza nella pratica. Così è un vero dilettantismo andare alla ricerca del germe intestinale che provoca una tossiemia: si perde del tempo e non si giova al malato.

2) *Non tendere alla diagnosi di malattie rare*. Ricordarsi che le cose comuni sono quelle che si verificano più comunemente. Un medico che pensa in ogni caso ad una malattia rara rischia di perdere il contatto con la realtà.

3) *Non essere affrettato*. Questo precetto deve essere tenuto presente in ogni caso, ma sopra tutto in quelli non chiari: il rimandare il giudizio all'esito di ricerche di laboratorio, o alla comparsa di nuovi sintomi e segni spesso può fare evitare errori grossolani.

4) *Non essere unilaterale*. Questo precetto riguarda specialmente gli specialisti: il cardiologo vede sempre disturbi di cuore, il tisiologo sente sempre rantoli nel pulmone, il venereologo vede la sifilide causa di ogni male, lo psicanalista il sesso alla base di tutto. Bisogna invece sforzarsi di considerare il caso nel suo complesso, senza esclusivismi, e senza fermarsi soverchiamente su i fatti che più hanno attinenza con la cultura e la pratica speciale dell'osservatore.

5) *Non fare diagnosi banali*. La diagnosi di gastrite, influenza, neurastenia, neuriti spesso non sono altro che delle etichette che coprono l'ignoranza o l'incapacità del medico. Possono essere diagnosi di comodo in primo tempo, di cui però non si deve abusare.

6) *Non fare contemporaneamente due diagnosi per lo stesso paziente*.

7) *Non avere eccessiva sicurezza e non essere troppo perplessi*. La sicurezza assoluta del proprio giudizio può essere causa dei propri errori: essa è il difetto degli inesperti. La perplessità abituale è d'altra parte causa di non pochi inconvenienti sopra tutto per quel che riguarda l'indirizzo terapeutico: essa è il difetto dei medici di lunga pratica.

8) *Non essere prevenuti*. Occorre che il medico si appresti a visitare l'ammalato senza tener conto delle opinioni precedentemente espresse da altri, e senza preconcetti di scuola e di tendenze scientifiche.

9) *Non esitare a modificare la diagnosi specie nei casi cronici*. La comparsa di nuovi sintomi, il rilievo di segni precedentemente sfuggiti e non giustamente apprezzati può indurre a modificare la diagnosi, ed il medico deve farlo onestamente.

È presso che impossibile che il medico faccia sempre giuste diagnosi per la semplice ragione che le malattie non seguono sempre un decorso tipico e non sempre si presentano con lo stesso complesso di sintomi e di segni in tutti i casi. Però è sempre meglio per il medico aver torto seguendo i sani principi della sua scienza e della sua logica, anzichè avere ragione per mera combinazione. Si deve evitare a tutti i costi l'arte dell'indovino, chi assume quest'abito non sarà mai un buon diagnosticatore.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

ROGER, WIDAL, TEISSIER. *Nouveau Traité de Medecine*. (Vol. XXI: *Pathologie du sistème nerveux, nerfs sympatiques, névroses*). Vol. di 900 pag., con 415 figure. Masson e C. Paris, 1927. Fr. 85.

Il XXI volume del *Nouveau Traité de Medecine* è consacrato alle affezioni dei nervi e del simpatico e alle nevrosi.

Tinel, al quale è dovuta quasi la metà del volume, studia dapprima le affezioni traumatiche dei nervi, affezioni che, per le numerose osservazioni di guerra, oggi possono essere certamente meglio individualizzate e curate. Completa infatti è la loro trattazione: oltre le lesioni istologiche, proprie di ogni forma, vi sono descritte le varie sindromi cliniche d'introduzione, di compressione, d'irritazione dei nervi, ed infine i diversi metodi di cura, con i risultati che possono ottenersi.

La semeiologia dei nervi periferici e dei plessi è anche dovuta al Tinel, il quale tratta pure le radicoliti, le polineuriti e le nevralgie.

Ciray e Pavel passano in rassegna le sindromi neuro-vegetative, mentre ripartito fra vari autori è lo studio delle turbe vaso-motrici e trofiche.

Nel complesso il volume completa felicemente l'altro sulle affezioni del cervello e del cervelletto, di cui è noto il successo ottenuto.

A. POZZI.

M. LÉVY. *Les ramollissements Sylviens*. Un vol. in-8° di 216 pag. G. Doin, Paris, 1928. Fr. 28.

La conoscenza esatta dei territori vascolari è la base per lo studio dei rammollimenti cerebrali. Solo infatti, in base a dati anatomici ri-

gorosi, sono state potute isolare delle sindromi, oggi classiche, quali quelle della cerebrale posteriore e della cerebrale anteriore.

Un tale metodo s'imponeva anche più maggiormente per la descrizione dei rammollimenti silviani, che interessano una delle regioni più importanti del cervello.

L'A. si è perciò preoccupato, in una prima parte, di precisare con l'aiuto di numerose dissezioni e d'iniezione dei vasi, l'anatomia normale dell'arteria silviana: il tronco, il suo modo di divisione, le branche corticali e profonde sono studiate completamente.

In base alle conoscenze anatomiche, l'A. aborda poi la classificazione e la descrizione delle lesioni nel focolaio di questo vasto territorio, vale a dire, tutta una serie di sindromi anatomo cliniche. La topografia del rammollimento è quasi sempre esattamente calcata su quella del territorio arterioso, corrispondente alla branca lesa; i sintomi che le traducono sono esattamente sovrapponibili da un caso all'altro. Le sindromi anatomo cliniche, costituiscono pertanto delle sindromi di localizzazione, interessanti a considerarsi dal punto di vista delle funzioni motrici, sensitive e da quelle così importanti del linguaggio.

A. POZZI.

J. A. CHAVANY. *Les tumeurs de la moëlle.* Pag. 80. G. Doin et C.ie, Paris. Fr. 12.

È la raccolta di tanti articoli pubblicati nel corso del 1927 nella *Gazette des hôpitaux.* Raccolta di nozioni sintomatologiche, istologiche e curative corredata di schemi, che può agevolare nella esatta interpretazione di una sindrome midollare e nella precisa localizzazione di un eventuale tumore; non manca nell'esposizione clinica propriamente detta e che rappresenta — non v'ha dubbio — la chiave di volta della giustificazione di interventi operativi dell'importanza della laminectomia, il complemento rappresentato dalle prove istrumentali quali la puntura lombare, la radiografia, la lipoidoloscopia, con una succinta ma chiara rappresentazione dell'applicazione pratica e significazione dei risultati ottenuti.

MONTELEONE.

FLEISCHMANN. *Plötzliche und akute Erkrankungen des Nervensystems-ihr Erkennen und ihre Behandlung.* Edit. S. Karger, Berlino 1927, pag. 301, Mk. 12.

In questo volume sono raccolte le lezioni che l'autore, noto cultore di studi neurologici, ha tenuto in un Corso di perfezionamento a Kiew. Si occupa in modo particolare delle malattie improvvise e acute del sistema nervoso trattando per esteso la diagnosi e la terapia.

L'edizione è molto accurata e corredata da belle illustrazioni.

VALDONI.

SIEMERLING. *Repetitorium der praktischen Neurologie.* G. Thieme. Lipsia. 1927.

L'A. ha riunito in volumetto di 170 pagine la patologia del sistema nervoso centrale e periferico, divisa in 10 capitoli. È un libro destinato a chi, non praticando *ex professo* la specialità, voglia rapidamente, ma in modo completo, orientarsi su una determinata malattia. La parte clinica è perciò prevalentemente svolta in ogni capitolo, con accenni anche alla patogenesi, anatomia patologica e fisiopatologia del sistema nervoso, ove queste possono servire a spiegare i sintomi. Anche la parte terapeutica l'A. ha sviluppato largamente, e questo rende il libretto molto utile per il pratico.

M. ASCOLI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 25 febbraio 1928.

Presidente: prof. R. ALESSANDRI.

Sulla trasfusione di sangue puro. Osservazioni cliniche ed ematologiche.

VALDONI dott. P. — Dopo una breve rassegna storica sull'argomento, l'O. parla degli inconvenienti della trasfusione del sangue, per ovviare i quali occorre saggiare il sangue del datore sotto il punto di vista dei gruppi sanguigni, o con la prova diretta di agglutinazione o con la prova biologica, consistente nella inoculazione di 10 cmc. di sangue del datore, nel malato, prima della trasfusione stessa. Se tale inoculazione non dà inconvenienti, la trasfusione può essere praticata senza timori. Quest'ultima prova è, secondo l'O. la più sicura per ovviare accidenti.

Egli ha esperimentato la trasfusione soprattutto in malati anemizzati da varie cause, prima di sottoporli ad atti operativi, che non sarebbero stati possibili senza la trasfusione stessa. Ha avuto buoni risultati a patto di inoculare grandi quantità di sangue, fino a 1000-1500 cmc.

Dopo la trasfusione l'O. ha osservato una progressiva diminuzione del tasso raggiunto dei globuli rossi, i quali dopo dieci giorni ritornano al tasso primitivo, donde la necessità di eseguire l'atto operativo subito dopo la trasfusione.

La trasfusione determina altresì leucopemia, e nella formula leucocitaria si rileva scarsità di linfociti ed aumento di polinucleati neutrofili.

Il prof. ALESSANDRI mette in rilievo l'importanza della comunicazione del Valdoni nei riguardi della preparazione ad atti operativi che altrimenti non potrebbero essere eseguiti. I due casi, nei quali l'anemia profonda (1 milione e mezzo di globuli rossi per mmc.) non avrebbe permesso l'atto operatorio, dopo abbondante trasfusione, si potè nell'uno escidere un'ulcera gastrica e praticare una gastroenterostomia posteriore, e nell'altro, affetto da cancro esteso dello stomaco, fu possibile praticare, sotto anestesia locale, una lunga operazione che ebbe per oggetto un'ampia resezione gastrica, sub-totale, con chiusura del moncone duodenale e riunione del digiuno alla parte cardiale dello stomaco; il decorso dell'operazione fu del tutto normale.

Il prof. PONTANO domanda chiarimenti tecnici sulla inoculazione del sangue e sulla sua misurazione; rileva altresì che i 10 cmc. di sangue adoperati per la prova biologica dal Valdoni, sembrano scarsi in confronto delle elevate quantità per la trasfusione. Egli consiglia di elevare la dose del sangue nella prova biologica a 20 cmc.

Il dott. VALDONI mostra la siringa adoperata per la trasfusione, siringa che permette la esatta misurazione del sangue; asserisce poi di essersi sempre trovato bene eseguendo la prova biologica con 10 cmc.; tuttavia esperimenterà anche le dosi di 20 cmc. consigliate dal prof. Pontano.

Contributo alla sieroterapia dei tumori sperimentali dei topi.

GHIRON dott. VITTORIO. — L'O. basandosi sul fatto che lo stato di gravidanza conferisce al siero un maggior potere oncolitico, si è servito per le sue ricerche di coniglie e di una pecora gravide.

Inoculando nel peritoneo di questi animali dense emulsioni di tumori umani della mammella o di adeno-carcinomi o sarcomi dei roditori, misti a piccole quantità di tintura di iodio, ha potuto ottenere abbondanti essudati peritoneali, che liberati dagli elementi morfologici, e conservati al freddo, hanno servito per gli esperimenti.

Poichè questo liquido puro dà fenomeni anafilattici, anche mortali, è preferibile diluirlo per l'uso.

Il trattamento di topolini affetti da adeno-carcinomi e di ratti sarcomatosi, ha determinato la regressione dei tumori e la conseguente immunità degli animali verso nuovi innesti.

Di alcune variazioni chimiche del sangue nel digiuno sperimentale.

GALAMINI dott. A. — Le ricerche hanno avuto per scopo di studiare nel cane le modificazioni delle sostanze riducenti volatili nel sangue durante il digiuno e, nelle stesse condizioni, il decorso della curva alcoolemica, dopo somministrazione di 1 cmc. di alcool a 95° per ogni kgr. di peso. La curva delle sostanze riducenti aumentò fino al 2° giorno di digiuno (da 0,06 punto di partenza a 0,36° ‰ per poi decrescere fino al 22° giorno (0,11° ‰) e rimanere alquanto più elevata del normale (0,097° ‰) dopo 6 giorni di rialimentazione.

Quanto alla curva alcoolemica essa fu assai irregolare sul principio, per riacquistare, col progredire del digiuno, il carattere del periodo di alimentazione.

Il Segretario: PUNTONI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 24 febbraio 1928.

Presidente: A. FERRATA.

Un metodo semplice per impedire la putrefazione e conservare i reperti anatomici per applicazioni medico-legali.

ROBERTO MAGNANIMI. — Il metodo consiste nel sospendere un batuffolo di ovatta imbevuto di cloroformio nel vaso che contiene gli organi; le larve, o altri insetti, sono immediatamente uccisi; la putrefazione si arresta. Gli organi non solo non putrefanno, ma, a distanza oramai di oltre due mesi di osservazione, si dimostrano inalterati nella loro struttura anche istologicamente, con il colorito ben poco o per nulla mutato. Il metodo quindi merita di essere studiato, anche per il notevole vantaggio economico, che ne risulterebbe agli Istituti.

In tema di responsabilità di ricetta.

I. SIMON. — Espone un caso nel quale interviene come perito giudiziario di parte. Un farmacista spedì una ricetta prescrivente una solzione di olio fosforato a cucchiai (due al giorno). Siccome nella ricetta non era indicato che il farmaco dovesse servire per bambini, il farmacista ritenne che fosse prescritto per adulti e nella signatura della ricetta ripetè «a cucchiai». Una bambina che prese la medicina a cucchiai morì. Il farmacista, portato a giudizio come unico responsabile, fu assolto per non avere commesso reato in quanto la ricetta non conteneva indicazione alcuna che dovesse servire a bambini. La responsabilità, per conseguenza, è tutta dell'estensore della ricetta.

È il tessuto sottocutaneo una via di applicazione passiva dei farmaci?

I. SIMON. — Riferisce una prima serie di esperienze volte alla ricerca del comportamento dei globuli bianchi del circolo periferico a seconda degli stimoli portati sul tessuto sottocutaneo. Ha iniettato sotto la cute soluzioni ipotoniche (acqua distillata), isotoniche (1 % di NaCl ed isosmotica di saccarosio), ipertoniche (normale e due volte normale di saccarosio e di NaCl).

Si limita a comunicare ora quanto riguarda il numero dei globuli bianchi. Dalle sue esperienze risulta che qualunque sia la tonicità delle soluzioni iniettate, indipendentemente dalla natura

chimica della sostanza, si ottiene sempre una leucopenia seguita da leucocitosi. Senza giungere per ora a conclusioni d'indole generale, che ricerche più estese in corso potranno forse permettere, l'O. si limita a comunicare il fatto constatato, il quale dà sicura dimostrazione che il tessuto sottocutaneo reagisce agli stimoli portati dalle iniezioni locali.

Dott. RICCI, segretario.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 24 febbraio 1928.

Su di un caso di anemia da latte di capra.

Dott. PIERO BARBACCI. — L'O. riporta un caso di anemia da latte di capra osservato ambulatoriamente. Lo stato anemico era spiccatissimo: notevole era l'ipercromia (Val. Glob. 1, 20). Passate rapidamente in rivista le varie teorie sulla patogenesi, si accorda alle vedute del Baar sull'argomento. Ematologicamente classifica la forma morbosa fra le anemie secondarie da alimentazione e giunge alla diagnosi di anemia a tipo pernicioso, da tenersi ben distinta dalla genuina anemia perniciosa progressiva.

Contributo clinico alla conoscenza delle complicanze midollari nel corso della infezione malarica.

Prof. L. D'ANTONA. — L'O. ricorda come nel corso dell'infezione malarica le complicazioni midollari siano molto più rare di quelle cerebrali. Specialmente rare appaiono le complicanze sotto forma di paraplegia a tipo spastico.

Qualche osservazione del genere è stata resa nota durante l'ultima guerra e nell'immediato dopo guerra. A queste poche osservazioni l'O. ne aggiunge una personale riguardante una giovane donna, sofferente di terzana benigna da quasi quattro anni, la quale nel corso di un accesso viene colpita da paraplegia flaccida che evolve rapidamente verso una forma di paraplegia spastica.

All'O., data l'assenza di altri fattori morbosi e la stretta relazione tra l'accesso malarico e la comparsa della paraplegia, l'origine malarica della lesione midollare appare indubbia. Per il modo con cui la paraplegia è comparsa, per i suoi caratteri, per la sua evoluzione egli ritiene che si sia trattato di fatti di trombosi nei vasi che irrorano i cordoni antero-laterali del midollo.

Ricorda quindi brevemente le osservazioni analoghe e conclude affermando che la sindrome paraplegica ha il diritto di essere annoverata tra le complicanze midollari della malaria al pari della sindrome sclerosi a placche.

Sul reperto ematologico nel corso della cirrosi epatica.

Dott. C. PERELLI. — L'O. avendo esaminato una numerosa casistica formata di cirrosi epatiche in vari stadi di sviluppo, ha tratte le seguenti conclusioni:

1) Nel corso delle cirrosi epatiche si constata una ipoglobulia che, lievissima od assente in principio, si fa sempre più accentuata con il progredire della malattia. Anche l'Hb. diminuisce, nella maggioranza dei casi, in proporzione relativamente superiore ai Gl. r. tanto che il v. gl. risulta inferiore ad uno. Nei casi ad anemia più spiccata il v. gl. tende a farsi superiore all'unità.

2) I Gl. r. dimostrano una sensibile tendenza ad aumentare il loro diametro. Tale aumento si è dimostrato costante e progressivo tanto che mentre in principio della malattia provoca una semplice « deviazione » verso destra della formula eritrocitometrica (v. Gamna, *Min. Med.*, 1925), ne determina nei casi di cirrosi epatica atrofica conclamata, dei veri « spostamenti ».

3) Analogo fatto, quantunque, nella maggioranza dei casi, più moderato, ha riscontrato anche nel sangue di ammalati con cronico scompenso circolatorio e fegato da stasi.

Le ragioni di questa macrocitosi potrebbero, secondo l'O., ricercarsi od in una variazione nella eritrogenesi, o nelle condizioni in cui i Gl. r. dei cirrotici verrebbero a trovarsi in circolo per eventuali alterazioni fisico-chimiche del plasma.

Dalle ricerche eseguite dall'O. risulterebbe non essere la macrocitosi dei cirrotici in diretto rapporto con l'anemia.

Tali variazioni nel diametro dei gl. r. non sarebbero prive di un certo valore diagnostico in quanto che si manifestano precocemente nel corso della cirrosi epatica, hanno carattere progressivo, e possiedono qualche nota caratteristica che le differenzia da altre macrocitosi più note alle quali pure spetta significato diagnostico.

Il Segretario: A. CAROLI.

Società Medica di Parma.

Seduta ordinaria del giorno 27 gennaio 1928

Presidenza: Prof. ANTONIO PENSA, Presidente.

Radiologia e manifestazioni cliniche nella diagnosi dei tumori metastatici delle ossa.

Dott. Prof. A. ROSSI. — Illustrando il suo dire con numerose diapositive di radiogrammi l'O. espone parecchi casi clinici di particolare interesse, i quali, oltre confermare l'affermazione ormai da tutti accettata, della importanza capitale della radiologia nei riguardi dei tumori delle ossa, portano una nuova luce sulle manifestazioni cliniche dei tumori maligni.

Si tratta di pazienti nei quali l'esame radiologico ha rivelato gravi e talora diffusissime metastasi ossee a manifestazioni cliniche lievi od anche nulle; e ciò quando ancora non era rilevabile chiaramente il tumore primitivo, o quando questo era stato giudicato sicuramente benigno, o almeno in condizioni tali da non lasciare sospettare diffuse metastasi.

Contributo alla diagnosi radiologica delle cisti dermoidi.

Dott. ENRICO BENASSI. — Riferisce alcune osservazioni che dimostrano come l'esame radiologico possa non soltanto essere decisivo per diffe-

renziare la diagnosi delle cisti dermoidi da quelle degli altri cistomi ovarici: ma anche individuare l'esistenza di dermoidi precisandone la sede e alcuni caratteri, pur quando non era stata nemmeno affacciata l'ipotesi di neoplasia ovarica.

Contributo alla cura della paralisi infantile con il metodo Bordier.

Dott. L. PETTENATI. — L'O. rileva anzitutto che egli intende solo portare un contributo statistico a conferma della bontà del metodo Bordier (triplice trattamento Roentgen diatermo elettroterapico) nella cura della paralisi infantile.

Esposto brevemente il metodo, con le lievi modificazioni praticate nel suo Istituto, elenca i casi sottoposti al trattamento.

Su 12 casi si è avuto 1 solo risultato sfavorevole. Presenta anche 3 bambini ancora in cura.

Conclude augurandosi che il metodo sia più largamente fatto conoscere anche in mezzo alla classe medica.

Seduta ordinaria del giorno 3 febbraio 1928
Presidenza: Prof. M. CAMIS, vice-presidente.

Su di un caso di mesenterium comune con mancata rotazione dell'ansa di Toldt.

Prof. A. ROSSI. — L'O. illustra dettagliatamente un caso di mesenterium comune con mancata rotazione dell'ansa di Toldt che egli ha scoperto in un bambino di cinque anni e seguito poi per un biennio fino alla morte, il caso è considerato oltremodo raro sia perchè rilevato in vita in un bambino, mentre la maggior parte dei casi illustrati nella letteratura appartengono ad adulti, sia perchè clinicamente si è manifestato precocemente ed è decorso con una sindrome di stitichezza con crisi di pseudo-occlusione che poi si dileguavano, lasciando il paziente in completo benessere, la morte è avvenuta durante una di queste crisi e l'O. ritiene sia stata causata da volvolo. Rileva la grande importanza dell'indagine radiologica non solo per avere permesso di diagnosticare in vita un caso di malformazione congenita così raro, ma per avere potuto additare in tempo utile la necessità di un intervento operativo, intervento che non fu voluto accettare dalla famiglia del paziente.

L'O. documenta questa sua osservazione con numerosi e nitidi diapositivi e ricorda come questo stesso caso fu presentato dall'O. fino dal 1923, e cioè quando il paziente era ancora in vita, alla Riunione di Modena dei Radiologi Emiliani.

Sopra due casi di chorea minor in età senile.

Dott. LUIGI TOMASI e Dott. ERCOLE UGOLOTTI. — Gli OO. presentano 2 casi, 1 di chorea diffusa, 1 di emicorea in soggetti rispettivamente di 62 e 77 anni che hanno ceduto rapidamente ad una cura antireumatica. Mettono in evidenza la rarità della forma nell'età senile esponendo brevi considerazioni diagnostiche e terapeutiche.

Tentativi di terapia antigonococcica con vaccino proprio.

Dott. CESARE CORUZZI. — L'O. ha preparato un vaccino con l'antivirus gonococcico da usare per via endouretrale. Allo scopo di aumentare la resistenza dei tessuti, che secondo vari AA. è il fattore principale della guarigione della blenorragia, ha aggiunto una percentuale di saccarosio.

Il vaccino è una sospensione di gonococchi in brodo sterile al titolo di 1 miliardo di germi per cmc. uccisi al calore e filtrati per candela.

Nessun altro germe oltre il gonococco è presente nel vaccino.

L'O. riferisce i risultati brillanti ottenuti con questo vaccino, usato nella sua pratica privata.

Ematoma subdurale da trauma sul lavoro.

Dott. E. RIZZATTI. — Un facchino venne urtato nella regione temporale S. a livello dello pterion con una scatola di conserva. Vi fu lesione della cute, ma integrità ossea. Dopo 11 giorni sindrome afasica motoria accompagnata da disartria, disgrafia, fenomeni pupillari. La sindrome dopo circa 1 mese si è venuta fortemente attenuando. Scartate le ipotesi di una forma spontanea, oppure di fatti commotivi e contusivi della sostanza cerebrale, l'O. prospetta come più probabile l'evenienza di un ematoma subdurale traumatico.

Divaricatore mastoideo trivalve.

Dott. P. VITALI MAZZA. — L'O. presenta un nuovo tipo di divaricatore mastoideo completamente smontabile, sul quale è possibile fissare una terza valva che permette di compiere l'intervento operativo senza che l'assistente tenga spostati in basso i tessuti molli del collo. Questa valva inferiore si può fissare nella posizione richiesta dalle esigenze chirurgiche, ed essendo provvista alle estremità di due uncini di differenti dimensioni si adatta facilmente alle diverse conformazioni anatomiche della mastoide.

Con tale divaricatore è quindi possibile compiere agevolmente oltre che l'esplorazione di tutte le cellule, l'asportazione completa della punta mastoidea e lo scoprimento del seno sigmoide inferiore fino al golfo della giugulare.

Segretario: A. CHISTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

La saponificazione localizzata del grasso.

Esistono fatti di saponificazione localizzata del grasso, conosciuti col nome di « necrosi grassa traumatica ». Essi sono, naturalmente, più frequenti nella mammella della donna, per l'abbondante tessuto adiposo ivi esistente.

La denominazione di « traumatica » non è troppo appropriata, perchè non sempre l'origine è tale.

I primi casi furono pubblicati nel 1896 a proposito di lipomi asportati chirurgicamente, nel cui interno si ritrovò una specie di pseudo-cisti contenente del grasso saponificato. I tentativi di riprodurre il fatto sperimentalmente introducendo del tessuto adiposo nel sottocutaneo di cavie non ebbero però alcun resultato positivo.

In uno dei casi si trattò di una mastite cronica in donna di 46 anni, presentante nella massa mammaria asportata delle concrezioni grassose circondate da capsula fibrosa densa. Le comunicazioni di casi si moltiplicarono in seguito, e si descrissero le formazioni saponificate nel sottocutaneo delle anche, nel grasso ileo-cecale retroperitoneale, e in altre località.

Da Lecène e Moulonguet fu proposta la denominazione: « Citosteatonecrosi o saponificazione intracellulare »; da Masson e Roffo quella di « granuloma », giustificabile appena dall'apparenza granulomatosa impartita dall'infiltrazione cellulare secondaria; oggi però prevale quella di: « necrosi grassa traumatica ».

Non tutti i casi pubblicati sotto tale nome rientrano però nella serie. Spesso infatti i chirurgi hanno occasione di asportare delle masse di sottocutaneo, lese da traumi di varia natura, nel cui seno si è prodotta una trasformazione del grasso, senza però che si giunga alla steatosi.

Alla mammella della donna la tumefazione può mentire un neoplasma maligno con la sua durezza, e con l'aderenza alla cute, cui impartisce l'aspetto della buccia d'arancio. È infatti spesso accaduto che l'operazione ha messo in evidenza l'errore diagnostico.

Ad occhio nudo, l'aspetto della tumefazione è quello della cera bianca, con eventuali zone liquefatte come l'olio, colorate spesso dal pigmento sanguigno. Intorno alla lesione si ritrova una capsula spessa, che nelle forme molto antiche si può infiltrare di sali calcarei o assumere una costituzione del tutto cicatriziale.

Nella saponificazione recente le sezioni microscopiche mostrano le zolle di grasso neutro suddivise in tante goccioline, aderenti alla parete del rivestimento della cellula di grasso. Nelle lesioni più vecchie il grasso neutro è sostituito da acidi grassi e da saponi, con infiltrazioni leucocitarie e formazione di cellule giganti polinucleate.

All'asportazione del grasso alterato residua spesso la formazione di noduli fibrosi cicatriziali nel sottocutaneo, a guisa di cheloidi, la cui origine non è ben determinata.

Gli individui che vanno soggetti a tale infermità sono in genere dei tipi grassi.

Il tumore si sviluppa lentamente, e talora mostra nel suo seno dei punti fluttuanti. Nel 70 % dei casi si ritrova nell'etiologia un trauma; la emorragia interstiziale può rappresentare infatti un fattore eccitante. In alcuni casi invece sono stati invocati processi di ischemia e di trombosi.

La questione patogenetica è più complessa. La sterilità del grasso, assodata in molti casi, fa escludere che si tratti di azione lipolitica di speciali germi. È più logico ammettere che si tratti di una lipasi trasportata dal sangue, piuttosto che di una lipasi contenuta nelle stesse cellule grasse, e messa in libertà dalla rottura del loro involucro. Sulla base di tale ipotesi si potrebbe ammettere una certa relazione patogenetica con la necrosi grassa della pancreatite acuta.

(*Ed. Med. Journ.*, ottobre 1926).

M. FABERI.

Lipoma massivo del rene.

William E. Lower e Geo. W. Belcher (*Surg. Gyn. a. Obst.*, luglio 1927) ricordano come i lipomi di grandi dimensioni del rene siano molto rari, all'opposto dei lipomi retroperitoneali, dei lipomi renali di piccole dimensioni (non superiori a una nocciola) e degli accumuli di grasso nella lipomatosi perirenale di origine flogistica; fatti che si riscontrano con maggiore o minor frequenza.

Il loro caso è il 6° della letteratura ed era un fibrolipoma come altri 2 casi, mentre per i 3 rimanenti si trattava di un angiolipoma, di un adeno-lipoma, e di un mio-lipoma.

Sono tumori a lento accrescimento, che danno raramente disturbi gravi a carico delle vie urinarie (solo in un caso ematuria), piuttosto disturbi della canalizzazione intestinale a motivo della compressione. Perciò spesso si diagnosticò: tumore intestinale.

L'intervento eseguito in 4 di essi ebbe un buon esito anche per la guarigione permanente.

Ne è generalmente affetto il sesso femminile.

V. GHIRON.

L'escara da decubito.

Nayrac e Morel (*Revue de Méd.*, vol. XLIII, n. 10, 1926) han fatto delle interessanti ricerche sull'argomento, da cui risulta: all'inizio l'escara non è che una abrasione della epidermide senza infezione nè infiltrazione. In seguito la infezione, mantenuta dalla incontinenza degli sfinteri appare come uno dei principali fattori della estensione delle lesioni. Quando l'escara è profonda, essa appare come una ulcerazione a bordi spessi con infiltrazione infiammatoria e spesso reazione emorragica.

Nella produzione dell'escara i *fattori esterni* avrebbero un ufficio secondario, non vi è infatti proporzione alcuna tra la gravità dell'escara o la sua frequenza e la pressione subita dai tessuti.

I *fattori interni* molto più importanti sono: un fattore nervoso capitale, che non mancherebbe mai, e un fattore umorale. La presenza di un'escara indicherebbe quindi per il primo fattore con pochissime possibilità di errore, che esistono lesioni del midollo lombare, delle radici posteriori o dei nervi periferici. Il fattore umorale, meno costante di quello nervoso, consisterebbe in una alterazione del sistema reticolo-endoteliale trofico della cute.

L. TONELLI.

TERAPIA.

Il trattamento delle bradicardie.

1) *B. per dissociazione auricolo-ventricolare.* Il trattamento si rivolgerà anzitutto alla *causa*, che abitualmente è la sifilide (cura specifica); possono anche essere in causa l'arteriosclerosi (trattamento latteo-vegetariano o declorurato, ioduri, teobromina), il reumatismo articolare acuto (salicilato di sodio), le malattie infettive (prognosi grave).

Nel trattamento dell'insufficienza funzionale del fascio di His, è anzitutto essenziale astenersi dalla digitale, sparteina, strofanto; dare adrenalina (15 giorni al mese, 10-20 gocce della soluzione a 1/1000, 3 volte al giorno); negli arteriosclerotici, caffeina e stricnina. Nel blocco completo, si può prescrivere la digitale a piccole dosi (4 gocce di digitalina o 10-20 cg. della polvere di foglia, tenuta in macerazione per 2-3 giorni). Si eviterà ogni eccesso alimentare, fisico, passionale.

Nelle crisi, si darà preventivamente la belladonna; a crisi dichiarata, iniezione ipodermica di caffeina (cg. 10) ed a cucchiai la seguente pozione: acetato d'ammonio g. 4; cognac vecchio g. 20; sciroppo d'etere g. 40.

2) *B. totale o sinusale.* Trattamento della causa:

Ittero, colemia: alcalini, solfato di sodio, calomelano, opoterapia epatica.

Uremia: regime ipoazotato, emissioni di sangue, purganti, diuretici (teobromina).

Malattie infettive (febbre tifoide, difterite, reumatismo, ecc.) nel periodo della convalescenza; prognosi benigna.

Esaurimento nervoso, neurastenia, melanconia: stricnina, adrenalina (a meno che non vi sia ipertensione), fosforo; riposo, psicoterapia.

Insufficienza tiroidea: estratto tiroideo, insieme ad estratto ovarico (specie nelle giovanette).

Lesioni cerebrali, compressione del mediastino, riflessi diversi (elmintiasi, coliche epatiche, ecc.), cardiopatie valvolari o miocardiche.

Per il trattamento dell'ipervagotonia, A. Luther (*La Presse médicale*, 26 ottobre 1927) consiglia: 1) il riposo in letto quando le crisi sono frequenti; 2) gli antinervini, valeriana e simili; 3) nel periodo di esacerbazione della sindrome (accentuazione della bradicardia, scintillii, vertigini, sincopi, ecc.), prescrivere atropina o belladonna. Si dà la preferenza al solfato d'atropina (1-2 mg. al giorno a dosi di 1/4-1/2 mg.; sospendere dopo 5-6 giorni; oppure prescrivere: solf. neutro d'atropina cg. uno; glicerina a 28° B. cmc. 3; acqua distillata cmc. 1,5; alcool q. b. per cmc. 10; 50 gocce corrispondono a un mg.).

La belladonna si prescrive in forma di polvere e di estratto (ana cg. uno; per una pillola, 2-5 al giorno). Se la belladonna è mal tollerata, si darà l'adrenalina per bocca (10-20 gocce, 3 volte al giorno) o per iniezioni endomuscolari da 1/2 mg., 2-4 volte al giorno. Come prescrizione di urgenza, il nitrito d'amile per inalazioni.

fil.

Il decorso e la cura del flutter auricolare.

J. Parkinson e D. E. Bedford (*Quart. Journ. of Med.*, vol. 21, n. 81, 1927) ne riportano 52 casi, descrivendoli dal punto di vista clinico e terapeutico.

Le conclusioni del loro lavoro sono le seguenti:

Il flutter è un disturbo del ritmo ben stabilito, che appare comunemente nell'età media o più tardi (in genere dai 40 ai 70 anni). I maschi sono colpiti 10 volte più di frequente che le donne.

Per lo più è associato a lesioni reumatiche cardiache croniche o a dilatazione cardiaca, negli individui più anziani; meno spesso complica una ipertensione, l'ipertiroidismo, le malattie febbrili acute, la trombosi delle coronarie, la sifilide.

Le associazioni cliniche sono perciò simili a quelle della fibrillazione. Eccezionalmente, alla stessa guisa della tachicardia parossistica e delle extrasistoli, il flutter è l'unica manifestazione di una abnorme attività cardiaca, a tipo funzionale.

Il flutter non è affatto limitato agli stadi finali delle cardiopatie, e nei casi non gravi, come in

quelli che rispondono alla cura, la prognosi « quoad vitam » è buona.

Un polso regolare è presente solo nella metà circa dei casi.

La pressione sistolica non si abbassa in maniera notevole, aumentando solo un poco al ritorno del ritmo normale; la pressione diastolica può invece essere abbastanza alta durante il disturbo, diminuendo al ritorno alla norma.

Durante il flutter stabilito si può giungere ad una accelerazione ventricolare di 200-300 al m', e ciò spontaneamente, o dopo affaticamento, o per azione della chinidina. Sono stati descritti anche casi di blocco cardiaco completo.

Il metodo diagnostico di scelta è rappresentato dall'elettrocardiogramma. Una tachicardia regolare, a 120-160 al m', persistente oltre 2 settimane, è certamente un flutter.

Nella cura rientrano: la digitale, la strofantina e la chinidina.

La digitale, in più di 1/3 dei casi ristabilisce il ritmo normale, e in un altro terzo provoca la fibrillazione.

La chinidina richiama il ritmo normale in circa 1 caso su 5, e spesso arresta di netto i periodi di parossismo. Inoltre, allorquando la digitale ha indotto la fibrillazione, la chinidina può far tornare il ritmo normale. Per cui ognuno dei due medicamenti ha le sue indicazioni.

La prognosi dipende dalla malattia cardiaca fondamentale, e dalla reazione al trattamento. Allorquando al flutter fa rapidamente seguito la comparsa di fatti congestizi cardiaci la prognosi è meno buona. Così pure di cattiva prognosi è il passaggio dal flutter alla fibrillazione.

M. FABERI.

Il marrubio nelle aritmie extrasistoliche.

Un nuovo rimedio contro le extrasistoli viene proposto da Pagès e Comte (rif. in *Presse médicale*, 10 dic. 1927) nel marrubio, di cui tali autori hanno studiato l'azione. I preparati farmacologici di questa pianta, oltre a proprietà antitossiche e colagoghe, avrebbero notevole influenza sulla fibra cardiaca, analoga a quella già da altri segnalata sulle fibre liscie dei bronchi; tale influenza si eserciterebbe direttamente sul miocardio, o con l'intermediario del sistema nervoso organo-vegetativo. Diversi particolari renderebbero più probabile la seconda ipotesi e cioè: scomparsa della sensazione di angoscia, pur con la persistenza dell'aritmia, tendenza alla normalità del reflesso oculo-cardiaco, diminuzione dell'indice oscillometrico, senza modificazioni dei valori della tensione arteriosa.

Qualunque sia la spiegazione sul modo di agire sembra incontestabile l'azione benefica di tali preparati sull'aritmia extrasistolica; sia che si tratti di extrasistoli digestive, di tachisistolia auricolare, di fibrillazione; si può ravvicinare tale azione a quella della chinidina.

Il medicamento viene prescritto in forma di estratto idroalcoolico a dose di 1/2-1 grammo. In ragione del sapore molto amaro, sarà preferibile la forma di pillole con 10 cg. di tale estratto, mescolati con polvere di liquirizia; se ne danno 5-10 nelle 24 ore. L'estratto idro-alcoolico (cg. 25) può anche mescolarsi con magnesia idrata (cg. 20) somministrando in cartine; se ne danno 1-2 prima dei due pasti principali.

L'estratto fluido (a dosi di 2-4 grammi) si darà nei casi in cui il malato non sa inghiottire nè le pillole, nè le cartine; esso ha un sapore perfido.

Il marrobbio o marrubio, detto anche robbio od erba apiola è una pianta appartenente alle labiate (Marrubium vulgare) a fiori bianchi (donde il nome di *Marrube blanc* dei francesi), comune in Italia, in Francia, nell'Europa centrale. (N. del Red.).

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Muscolatura e movimenti dell'esofago.

Esperimenti in animali ai quali furono sezionati bilateralmente i rami del vago che vanno all'esofago, mostrano che, in queste condizioni, la parte superiore dell'esofago, provvista di muscoli striati è paralizzata, mentre la parte inferiore, a muscolatura liscia, manifesta un'attività peristaltica spontanea in presenza del bolo. Questo si ferma al limite delle due porzioni, ed è poi preso dai movimenti peristaltici e spinto innanzi. La sezione dei due splancnici non dà paralisi completa dell'esofago. (*Journal A. M. A.*, 18 sett. 1926).

DORIA.

Sulla contrattilità dell'appendice.

L. Aschoff e Pokarny (*Deut. Zeit. f. Chir.*, 1927) ricordano un recente lavoro di Rössle il quale avrebbe trovato che l'appendice, sia appena asportata con l'operazione, sia nel cadavere immediatamente dopo la morte, quando venga conservata sul liquido di Reuger è dotata di contrattilità, fatto che avrebbe importanza per la patogenesi dell'appendicite. Questa proprietà a eseguire movimenti peristaltici così facilmente contrasta con l'idea che sulle ripiegature della mucosa possano facilmente ristagnare materiale infettivo e germi, giacchè appunto questa contrattilità li espellerebbe continuamente e l'appendicite sarebbe di natura esclusivamente ematogena.

Ma questo reperto di Rössle è in gran parte in contraddizione con quanto avevano visto altri AA. come Rut che saggiò la contrattilità dell'appendice sia durante le laparotomie sotto l'eccitamento della corrente elettrica, sia staccata dall'organismo in sol. fisiologica, e con quanto si può constatare durante le operazioni per appendicite.

Gli AA. hanno ripetuto allo scopo di controllo le esperienze di Rössle su 42 appendici: 23 asportate con intervento e 19 tolte dal cadavere e sottoposte a vari eccitamenti meccanici, termici, chimici, elettrici. Solo in tre casi con l'ipofisina videro movimenti nell'appendice immobile. In complesso l'appendice non si dimostra dotata di un potere di contrattilità così alto come si ritiene dal Rössle: spesso non reagisce agli stimoli o molto lentamente.

Gli AA. non negano peraltro, in modo completo, i reperti di Rössle e riconoscono che la questione sollevata da lui è di notevole importanza per quanto concerne la patogenesi dell'appendicite.

V. GHIRON.

POSTA DEGLI ABBONATI.

La prova del sangue nella ricerca della paternità. — All'Abb. n. 9301-1:

Ha i suoi fondamenti nelle leggi mendeliane della trasmissibilità dei caratteri ed è basata sulla determinazione dei gruppi sanguigni e sulle osservazioni di V. Dungern e Hirzschfeld sulla trasmissione ereditaria delle proprietà isoagglutinanti ed isoagglutinabili del sangue umano. Ad essa ha portato notevoli contributi L. Lattes, professore di medicina legale all'Università di Modena, che ha insistito specialmente sulla individualità del sangue, mostrando tutta l'importanza pratica che la determinazione può avere in medicina legale.

Nella prova, che è usata specialmente in Germania ed in America, ha valore il reperto negativo. È noto che i gruppi sanguigni sono designati rispettivamente con le lettere O, A, B, AB, che corrispondono rispettivamente ai gruppi 1, 2, 3, 4, di Jankis. Un agglutinogeno (A o B) che si trovi in un bambino, deve necessariamente trovarsi almeno in uno dei genitori. Quindi, da genitori con i gruppi OO, OA, AA, non vi può essere un figlio con B. Da genitori con i gruppi OO, OB, BB, non discenderà un figlio con A; da quelli con OO, OA, OB, AA, BB non proverrà un figlio con AB. Il reperto di una qualsiasi combinazione impossibile serve ad escludere il rapporto di genitore a figlio.

Un caso di ricerca di paternità risolto con questa prova è il seguente. Un individuo viene accusato di essere padre di due ragazzi, nati in un matrimonio legittimo; la femmina apparteneva al gruppo B, il maschio a quello A, la madre, come l'imputato a quello O, mentre il padre legittimo avrebbe dovuto appartenere a quello AB, quindi l'accusa risultò inesistente.

Un'applicazione curiosa è stata fatta in una Maternità francese, dove si erano perdute le marche di contrassegno di due neonati. La ricerca dei gruppi sanguigni dimostrò che nella famiglia M i genitori avevano i gruppi AA, in quella P i gruppi BA; i due bambini appartenevano l'uno al gruppo A, l'altro al B, sicchè il primo potè senz'altro essere riconosciuto della famiglia M.

Ancor più strano è il caso occorso in una Maternità del Cleveland, dove tre donne, tutte tre di cognome Smith, partorirono quasi contemporaneamente tre bambini (due maschi ed una femmina). Una di esse pretendeva di avere avuto un maschio, anzichè una femmina, come le era stata data. Alla ricerca dei gruppi sanguigni si trovò: Famiglia I, gruppi OB; fam. II, AA; fam. III, AB. Entrambi i maschi erano A e la femmina B, quindi la famiglia I non poteva pretendere un figlio del gruppo A, non preesistente in essa.

Per ulteriori notizie veda le seguenti pubblicazioni.

L. LATTES. *La dimostrazione biologica della paternità.* Riforma medica, 1923, n. 8.

ID. *Aspetti biologici della paternità.* Pubblicazioni della Facoltà di Giurisprudenza dell'Univ. di Modena, 1927.

ID. *L'individualità del sangue.* Principato ed. Messina, 1925.

ID. *Methoden zur Bestimmung der Individualität des Blutes.* In *Abderhalden's Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden.* Urban e Schwarzenberg edd., Berlin, 1927. (Vi è un'esposizione generale della questione e vi è dato grande sviluppo alla tecnica).

P. MINO. *L'eredità dei gruppi sanguigni.* Il Policlinico, S. M. 1924, nn. 6 e 7.

F. SCHIFF. *Die Blutuntersuchung bei streitiger Vaterschaft in Theorie und Praxis.* Deut. Zeit. f. gericht. Med., vol. VII. (Dà ampie nozioni di tecnica).

R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE e N. KÒSSOVITH. *La quéstion des groups sanguins.* Ann. de méd. légale, vol. 7, pag. 390.

Blood grouping of parents and children. Journ. amer. med. assoc. (editoriale), 29 ott. 1927.

Veda anche: *Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale,* passim.

A. FILIPPINI.

Concorsi a medici provinciali. — Al dott. G. P. da M.:

Gli aspiranti al concorso per medico provinciale aggiunto devono corredare la istanza dai seguenti documenti:

1) atto di nascita legalizzato, dal quale risulti che non sia stato oltrepassato il 30° anno di vita alla data del 28 dicembre u. s. fermi restando il limite di anni 35 per gli ex-militari e di anni 39 per gli invalidi di guerra e per i decorati al valore;

2) certificato di cittadinanza;

3) idem di buona condotta;

4) idem del casellario giudiziale;

5) idem di esito definitivo di leva;

6) idem medico comprovante di avere sana e robusta costituzione ed essere esente da difetti o imperfezioni che influiscano sul rendimento del servizio;

7) diploma in originale o copia notarile di abilitazione all'esercizio della medicina, o di laurea nei casi consentiti dalla legge;

8) quietanza rilasciata da un ufficio del registro attestante il pagamento della tassa di concorso di L. 50.

I certificati di cui ai nn. 2, 3 e 6 debbono essere regolarmente legalizzati; quelli di cui ai nn. 3, 4 e 6 dovranno essere in data non anteriore di tre mesi alla data del 28 dicembre scorso.

L'aspirante o ufficiale medico che abbia preso parte alla guerra è da considerarsi ex-combattente.

C.

VARIA.

Il cervello di Lenin.

Quando in Russia ci si mettono, fanno le cose in grande.

Affinchè fosse compiuto uno studio completo del cervello di Lenin, il Governo della Repubblica dei Sovieti ha creato, a Mosca, un apposito Laboratorio, e vi ha fatto venire dalla Germania il prof. O. Vogt, direttore dell'« Istituto Imperatore Guglielmo per lo studio del cervello », il quale ha sede a Dahlem, presso Berlino; sotto la guida del Vogt, numerosi medici sono stati educati nella tecnica dell'esame del cervello; poi, durante il periodo di due anni, il cervello di Lenin è stato oggetto di uno studio molto minuzioso ed esauriente: esso è stato diviso in 31.000 sezioni, le quali sono state colorate, microfotografate ed infine archiviate, affinchè possano servire per studi ulteriori. Naturalmente si sono ottenuti reperti straordinarî. A richiesta del commissariato per la sanità pubblica, il Vogt ha redatto una relazione preliminare, ove si legge che nel cervello di Lenin lo strato delle cellule piramidali è particolarmente sviluppato, il che spiega la genialità di Lenin; inoltre esse sono ricchissime di dendriti e di fini ramificazioni che stabiliscono rapporti tra regioni remote del cervello: onde la capacità di Lenin ad abbracciare i più vasti problemi. (Ma come si può affermarlo se non sono stati fatti altri studi paragonabili a questo, su altri cervelli?).

Troviamo queste notizie nel *Journal A. M. A.*, 3 marzo 1928.

Ristoranti di cura per i malati di ulcera gastrica.

Il Clinico viennese Prof. Porges prendendo in considerazione l'importanza del regime dietetico nella cura delle ulcere gastriche e duodenali, e la diffusione notevole di questa infermità nelle masse disagiate, propose l'istituzione di speciali ristoranti dove sotto la sorveglianza di medici, i malati d'ulcera gastrica potessero trovare un'alimentazione adatta. Ora apprendiamo che il Commissariato sanitario dell'U. R. S. S. ha iniziato fin dal 1924 la istituzione di questi ristoranti di cura, dove l'operaio continuando la sua vita normale di lavoro, può trovare un'assistenza medica senza bisogno di farsi ricoverare in un ospedale. Come metodo dietetico si segue quello di Leube. Nei due, tre ed anche talvolta quattro mesi di cura, l'infermo segue un corso di conferenze che lo istruiscono sul regime di vita da seguire durante la cura e a cura finita, per evitare complicazioni ed incidenti gravi.

I malati poi sono consigliati di farsi rivedere periodicamente per un certo tempo a cura finita; però si è notato che non più del 10 % di essi si sottopongono a questa sorveglianza. Tutto sommato questa forma di assistenza che rappresenta anche una cura profilattica, avrebbe dato buoni risultati. (*Gazz. d. Osp. e d. Cl.*, 7 ag. 1927).

Un orologio per ostetrici.

A titolo di curiosità riportiamo: la difficoltà di potere controllare con l'orologio alla mano le condizioni del battito cardiaco fetale in determinati momenti della pratica ostetrica (mani sterilizzate, mancanza di assistenza ecc.), ha suggerito Wachenfeldt (*Zentr. f. Gyn.*, 1926, n. 37) la costruzione di un orologio sveglia con sistema di campanelli capace di suonare ogni 15 secondi. Esso faciliterebbe la conta del battito cardiaco fetale, eliminando la necessità di dovere infettarsi le mani per tenere a portata di mano un orologio. (Da « *La Clin. Ost.* »).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Inquadramenti sindacali.

Hanno chiesto l'inquadramento nel Sindacato Nazionale Medico Fascista: la Società Italiana di Radiologia Medica, la Società Italiana di Pediatria, la Società di Medicina Legale di Roma, l'Associazione Medica Triestina, la Società Medica Novarese, la Società Medica Chirurgica Bresciana, ecc.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico astante per l'Ospedale Maggiore; L. 10,000 e c.-v., vitto e alloggio nei giorni di servizio; a ore 17 del 10 mag.; età mass. 35 a.

BIBBIENA (*Arezzo*). — Al 15 mag., ore 18; 3ª condotta; L. 9000 e 4 quadrienni dec., per cavalc. L. 3000; c.-v.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 7 apr.; tassa L. 50.15.

CALTANISSETTA. *Amministraz. della Provincia.* — Direttore e assistente Sez. chimica e assistente Sez. micrografica del Laborat. d'igiene e profilassi; scad. 10 mag.; vedi fasc. 15.

CAMPOBASSO. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari di: 1) Campobasso, L. 12,000 oltre L. 2000 serv. att. e 5 quadrienni dec., divieto eserc. profess.; 2) Agnone, 3) Guglionesi, 4) Larino, 5) Ricera, per ciascuno L. 4000 e 3 quinquenni dec., autorizzazione all'eserc. profess. Chiedere ann. Tassa L. 50.20. Età lim. 45 a. Scad. 45 gg. dal 12 apr.

CUNEO. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario direttore Ufficio d'Igiene; stip. L. 13,000 oltre L. 1000 indennità serv. attivo e indennità caroviveri. Scad. 15 maggio.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Medico aiuto specialista per i reparti dei Tubercolotici a Careggi; età lim. 35 a.; nom. e conferma biennali; L. 5250 oltre event. c.-v.; a ore 17 del 18 mag.; tassa L. 50; serv. entro 15 gg.; chied. annunzio alla Segret.

FORLÌ. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Cesena; scad. 5 mag.; vedi fasc. 15.

LASTRA A SIGNA (*Firenze*). — A ore 18 del 16 mag.; due condotte; L. 8500 e 8 trienni decimo; riconoscim. 4 trienni a L. 600; c.-v.; L. 750 indennità trasp. (variabile); tassa L. 50; chiedere annunzio.

MILANO. *Pio Istituto di S. Corona.* — Medico direttore presso i dipendenti Elioterapico, Chirurgico e Profilattico con annessa Colonia Marittima in Pietraligure; L. 35,000 oltre L. 7000 indenn. resid., nonchè alloggio d'obbligo in luogo. Nomina provvisoria per un anno; conferme triennali. Laurea da almeno 5 anni. Titoli e curriculum in 5 copie. Visita medica per idoneità fisica presso l'Ufficio di Milano. Docum. entro le ore 17 del 15 maggio all'Ufficio di Protocollo (via C. Correnti 13, Milano).

MODICA (*Siracusa*). — A tutto 19 mag.; L. 1800 per 1500 pov.

NUORO. *R. Prefettura.* — Uff. san. e capo ufficio d'igiene capoluogo; a ore 18 del 20 mag.; titoli ed esami; L. 12,000 oltre L. 2800 serv. att. e c.-v. Domande all'Ufficio Sanit. Provinc.

PIANA DEI GRECI (*Palermo*). — Con S. Cristina Gela; scad. 15 mag.; 10 anni in altre condotte; tassa L. 10.15; stip. L. 11,000 e 5 quinq. decimo, oltre L. 1500 trasp. e L. 1000 se uff. san.; docum. a 3 mesi dal 10 apr.

POFI (*Roma*). — Al 30 mag.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; c.-v. L. 840 se coniugato.

grafie di criminali, elaborazione di dati statistici e simili.

REGGIO CAL. *Amministr. Provinc.* — Direttore e tre assistenti nel Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi; scad. 4 mag.; vedi fasc. 15.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Concorso per esami a 34 posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe dell'Amministrazione della sanità pubblica. Scad. 8 mag. Vedi fasc. 14.

Detto, a tre posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe. Scad. 6 mag. Vedi fasc. 14.

Concorso ad un posto di assistente medico nel Laboratorio di micrografia e batteriologia della Direzione generale della sanità pubblica. Scad. 13 mag. Vedi fasc. 14.

ROMANO DI LOMBARDIA (*Bergamo*). *Ospedale Civile SS. Trinità.* — Medico chirurgo direttore; doc. a 3 mesi dal 1° apr.; età 30-40 a. salvo eccez. regol.; titoli; nom. biennale, conferma per 5 anni, riconferma a vita; accettaz. entro 15 gg., assunz. serv. entro 30; L. 12,000 oltre L. 2000 serv. att.; diritto a due camere nell'Ospedale. Ab. 8000; osped. di 70 letti.

S. BARTOLOMEO IN GALDO (*Benevento*). — Ufficiale sanitario; L. 5000; titoli ed esame. Scad. 6 maggio. Rivolgersi R. Prefettura di Benevento.

SANTHIÀ (*Vercelli*). — A tutto il 15 maggio ufficiale sanitario; v. fasc. 12.

S. ZENONE DEGLI EZZELINI (*Treviso*). — Scad. 10 mag.; vedi fasc. 15.

SESTO S. GIOVANNI (*Milano*). — A ore 16 del 31 mag.; uff. san. a capo ufficio d'igiene; lire 10,500 oltre L. 4000 serv. att. e L. 1500 trasp., c.-v.; età lim. 45 a.; tassa L. 50 al cassiere del Comune; domande, documenti e richieste del bando di concorso, presso il Comune.

TIVOLI (*Roma*). — Al 10 mag. uff. san. e direz. ufficio d'igiene; titoli ed esami; L. 12,000 e 5 quadrienni dec. Rivolgersi R. Prefettura di Roma.

TREIA (*Macerata*). — Condotta B; residenza in città; L. 8800 e quadrienni decimo; c.-v.; indenn. cav. Scad. 15 mag.

TREVISO. *Amministraz. Provinciale.* — Direttore della Sezione medica-micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e di Profilassi; proroga a tutto il 15 maggio.

VALLEDOLMO (*Palermo*). — Uff. san.; titoli ed esami; L. 5000. Scad. 5 mag. Rivolgersi Segreteria com.

La Società Solvay & C.ie in Rosignano (Pisa) cerca un secondo medico per i suoi Stabilimenti. Inviare domanda e nota documenti alla Direzione.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche e le cifre agli stipendi base.

CONCORSI A PREMI.

Concorso Lombroso.

L'Amministrazione dell'« Archivio di Antropologia Criminale e Medicina Legale », fondato da Cesare Lombroso, apre un Concorso per un lavoro su argomenti di Antropologia criminale. Il premio è di L. 1000. Il Concorso si chiuderà il 31 dicembre 1928.

I concorrenti potranno trattare qualsiasi argomento di Antropologia criminale e in qualsiasi forma: studi anatomici, fisiologici e psicologici, esposizione ed illustrazione di casi criminali, bio-

I lavori non dovranno superare 3-4 fogli di stampa formato « Archivio ». Il lavoro o i lavori premiati saranno pubblicati nell'« Archivio » e resteranno di proprietà della Casa Bocca. I manoscritti saranno indirizzati alla Direzione dell'« Archivio »; e, ove non siano firmati, debbono essere contraddistinti da un motto riportato su una busta chiusa in cui sarà il nome dell'autore.

Il premio del concorso pel 1926 fu assegnato al dott. Giulio Tului direttore delle Carceri Giudiziarie di Sassari pel suo lavoro sui « Segregati »; quello pel 1927 al prof. Ruiz Funes, di Diritto Penale all'Università di Murcia, pel suo lavoro sui rapporti tra Endocrinologia e Criminalità.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La Commissione nominata dal Ministro della P. I. per giudicare i concorrenti alle borse di perfezionamento presso un Istituto estero e un Istituto nazionale di istruzione superiore, costituita dai proff. Antonio Dionisi, Nicola Leotta e Sabato Visco, dopo accurato esame dei titoli presentati dai concorrenti e dopo aver proceduto alla votazione, ha proposto a S. E. il Ministro della P. I. che la borsa di perfezionamento all'estero sia per quest'anno conferita al dott. Mario Volterra e quella di perfezionamento presso un Istituto Nazionale al dott. Vittorio Zagami.

Il prof. Manilowski, polacco, è stato chiamato alla cattedra d'antropologia dell'Università di Londra.

NOTIZIE DIVERSE.

VIII Congresso Italiano di Radiologia Medica.

Come è stato già annunziato, nei giorni 14, 15 e 16 maggio avrà luogo in Firenze l'VIII Congresso Nazionale di Radiologia Medica con annessa Esposizione Industriale cui S. E. il Capo del R. Governo Benito Mussolini ha voluto concedere l'Alto Patronato. L'inaugurazione avverrà nella mattinata del 14 maggio in Palazzo Vecchio alla presenza di un membro del R. Governo.

Al Congresso faranno seguito delle interessanti gite a Fiesole, San Gimignano, Siena e B. di Montecatini. La tessera occorrente per essere soci del Congresso, costa L. 50 (per quei medici che non fanno parte della Società Italiana di Radiologia Medica), e L. 30 per le famiglie dei medici. Essa dà diritto alle riduzioni del 30 % su le tariffe ferroviarie (dal 20 aprile al 31 maggio), all'ingresso gratuito in tutti i Musei, Palazzi storici e Gallerie di Firenze e dintorni, a speciali riduzioni di tariffa nei principali alberghi di Firenze, e a prender parte alle gite.

L'Esposizione annessa ha sede nei locali attigui a quelli del Congresso, al pianterreno della R. Scuola di Sanità Militare, in via Venezia, n. 3. Sarà ripartita in 8 Sezioni.

Per iscriversi al Congresso ed alle gite e per qualsiasi informazione occorre rivolgersi al più presto al segretario del Congresso e Commissario per l'Esposizione, dott. Manlio Gembillo (Istituto di Radiologia della R. Università, via degli Alfani, 33 - Firenze), tenendo presente che dato il forte movimento di turisti annunziato a Firenze per la metà di maggio, il Comitato potrà garantire l'alloggio e la partecipazione alle gite soltanto a chi si è iscritto tempestivamente.

Pel VI Congresso internazionale contro la tubercolosi.

Il Capo del Governo ha ricevuto la presidenza del Comitato esecutivo della sesta Conferenza internazionale contro la tubercolosi, composto della medaglia d'oro Paolucci, presidente della Federazione fascista contro la tubercolosi, del prof. Vittorio Ascoli, direttore della Clinica medica di Roma, del gr. uff. Piomarta, Regio Commissario della Croce Rossa, del prof. Guido Mendes, direttore del Sanatorio Cesare Battisti, del prof. Arcangelo Ilvento, del dott. Federico Bocchetti, direttore del Sanatorio militare di Anzio, e del sig. Ippolito Bastiani dell'ufficio stampa del Comitato.

L'on. Paolucci ha offerto al Capo del Governo la presidenza onoraria della sesta conferenza, offerta che l'on. Mussolini ha accettato dopo aver ascoltato ed approvato il programma di attività con cui l'Italia si presenterà alla conferenza medesima.

Congresso tedesco di Medicina Interna.

La Società Tedesca di Medicina interna si è adunata a Wiesbaden dal 16 al 19 aprile, sotto

la presidenza del prof. L. R. Müller. Tema unico in discussione: « L'influenza del cancro sul metabolismo ». Il 19 aprile si è svolta una seduta in comune con la Società Tedesca di Patologia; tema in discussione: le splenomegalie (la milza normale quale territorio sanguigno; aspetti clinici ed anatomia patologica delle ipertrofie croniche della milza).

Congresso tedesco di Urologia.

L'8ª Riunione della Società Tedesca di Urologia si terrà dal 27 al 29 settembre a Berlino, nella « Casa di Langenbeck e Virchow », sotto la presidenza di A. von Lichtenberg. Temi principali in discussione: « Patologia e clinica dei teratomi del rene e delle vie urinarie » (relatori: Gruber e Grauhan); « Stenosi delle vie urinarie » (relatori: Christeller e Janssen). Inoltre avranno luogo delle conferenze sui temi: « L'urologia come specialità clinica » (Lichtenberg); « Ipertrofia prostatica e diverticoli vescicali » (Blum); « Ulcerazione non specifica della vescica » (Paschki); « Rapporti tra urologia e legislazione sociale » (Scheele). All'inaugurazione verrà celebrato il cinquantenario della invenzione del cistoscopio, fatta da Max Nitzes. Sono previsti varî trattenimenti. Un comitato di dame riceverà e intratterrà le signore dei congressisti. Al Congresso sarà unita un'Esposizione.

Per le adesioni e per comunicazioni al Congresso rivolgersi al presidente della Società, San.-Rat Dr. Arthur Lewin, Tawentzienstr. 13, Berlin W. 50; per la partecipazione alla mostra rivolgersi all'Oberingenieur Mylius, Langenbeck-Virchow-Haus, Luisenstr. 58/59, Berlin.

Per lo studio delle malattie reumatiche.

L'attenzione del mondo medico viene concentrata sulle malattie così dette reumatiche, in particolar modo sul reumatismo articolare acuto, cui viene imputato l'incremento delle cardiopatie, e sulle artriti croniche, a causa delle sofferenze e delle invalidità che esse cagionano.

Abbiamo già dato notizia di convegni indetti per lo studio delle malattie reumatiche. Apprendiamo ora che un altro convegno del genere si è tenuto a Filadelfia il 17 marzo, sotto la presidenza del dott. Louis B. Wilson, direttore della Fondazione Mayo a Rochester.

La Croce Rossa Inglese ha organizzato a Londra una dimostrazione sul valore dei mezzi fisici nella cura delle artriti croniche.

Commissione per lo studio dei problemi dell'alimentazione.

Il Direttorio del Consiglio Nazionale delle Ricerche ha deliberato la nomina di una Commissione per lo studio dei problemi dell'alimentazione. Tale Commissione è costituita come segue: presidente il prof. Filippo Bottazzi; membri i proff. Ascoli Vittorio, Baglioni Silvestro, De Blasi Dante, De Cillis Emanuele, De Dominicis Alberto, Ducceschi Virgilio, Foà Carlo, Gini Corrado, Gorini Costantino, col. med. Grixoni, Marozzi Angelo, Silvestri Silvestro, Quagliariello Gaetano, Valagussa Francesco, Visco Sabato, Zingali Gaetano, il Direttore generale della Sanità Pubblica, un delegato del Ministero della Marina.

Il Direttorio del rinnovato Consiglio delle Ricerche, superata in breve tempo la fase della propria organizzazione, affronta così, ed in pieno, l'esame dei problemi più importanti per la vita della Nazione, e con questo suo primo provvedimento tenta la soluzione di uno dei più vasti e complessi tra essi.

La Commissione fu convocata in Roma il 19 marzo per la distribuzione del lavoro fra i suoi componenti secondo la specifica competenza di ognuno.

Comitato Superiore dell'Aviazione sanitaria.

Venne convocato il 16 aprile in seduta plenaria, presso il Ministero dell'Aeronautica, sotto la presidenza di S. E. Balbo.

Ne fanno parte i proff. Bastianelli, Bilancioni, on. Gabbi, Herlitzka e Sclavo.

Per la propaganda igienica.

Ha avuto luogo l'insediamento del Direttorio della Sezione Laziale dell'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene, del quale il presidente prof. Pecori ha chiamato a far parte i proff. Ermanno Fioretti, Notarnicola, Ilvento, Del Bue, Escalar, D'Ormea, Serafini. Assisteva anche il segretario generale dell'Associazione dott. Palomba.

Prima di procedere ai lavori, con elevate parole il Presidente stigmatizzò il nefando attentato di Milano, inviando con il Direttorio fervide espressioni di giubilo per lo scampato pericolo all'Augusto Sovrano e vive parole di compianto alle innocenti vittime.

Comunicate le norme per l'organizzazione e per il funzionamento della Sezione s'iniziò la discussione del programma di azione per il 1928.

Varie ed utili iniziative, oltre quelle consigliate dal Direttorio Nazionale furono prospettate, in rapporto specialmente alle condizioni locali di Roma e Provincia.

Per il premio Pagliani (Igiene domestica) la Sezione, dopo presi accordi con i più importanti Istituti edili, con il Governatorato e con il Dopolavoro per la istituzione di premi in danaro da assegnarsi agli abitanti di case popolari che dimostrino di tenere i loro alloggi in condizione di buona igiene, giungerà alla realizzazione di questo nobilissimo compito valendosi dell'Opera dei medici condotti, delle insegnanti vigilatrici scolastiche, delle assistenti sanitarie rionali, e dei Dopolavori rionali e provinciali, ecc.

Per la giornata Igienica Nazionale che avrà luogo nella seconda quindicina di maggio, in accordo con la Federazione Nazionale per la lotta contro la tubercolosi saranno svolte conferenze di propaganda illustrate anche da films in tutte le scuole, nei Dopolavori rionali e provinciali, negli

opifici, nelle piazze, ecc. Queste conferenze saranno accompagnate da una larga propaganda stampata, in modo che non solo in tutti gli ambienti di Roma, ma nei più remoti angoli della Provincia nella stessa giornata sarà fatta opera preziosa di propaganda igienica per la lotta contro la tubercolosi, seguendo così le direttive del Governo Nazionale.

Per la guerra alle mosche sarà iniziata una vivace campagna contro il nocivo insetto emanando e diffondendo le istruzioni sul modo per difendersene nella casa, nella scuola, negli opifici, ecc. L'azione sarà svolta non solo nella città di Roma a mezzo delle scuole e dei Dopolavori, ma altresì nelle località delle provincie più colpite ed in quelle in special modo che sono luoghi di villeggiatura.

Questo il vasto programma di azione che si prepara a svolgere la Sezione Laziale dell'Associazione Italiana Fascista dell'Igiene ed il Presidente prof. Pecori giovandosi della collaborazione degli Enti di cui fanno parte i componenti il Direttorio ha già iniziato con i suoi collaboratori il lavoro di organizzazione.

E così il Sindacato Medico Fascista con la sua Università Fascista ed i suoi federati sparsi in ogni Comune della provincia, la Sezione di Roma dell'Associazione Nazionale Insegnanti Fascisti con i suoi fiduciari, l'Opera Nazionale di Maternità ed Infanzia con la sua complessa organizzazione, l'Opera Nazionale del Dopolavoro con i Dopolavori rionali e provinciali, il Governatorato con i Medici, le Vigilatrici scolastiche, le Assistenti rionali ed il centro di profilassi antitubercolare, porteranno certamente il loro contributo di opera alla realizzazione degli elevati scopi che la Sezione Laziale dell'Associazione Italiana Fascista dell'Igiene si è proposta.

Le giornate del pane.

Nei giorni 14 e 15 aprile ebbe luogo in tutta Italia la celebrazione del più comune nutrimento: celebrazione che si svolse con manifestazioni diverse, intese a ricavare anche qualche fondo per l'Opera Italiana « Pro Oriente » per istituire Cattedre d'agricoltura in Levante, intensificando l'opera di penetrazione e di diffusione della nostra coltura in quei paesi.

Il Capo del Governo ha dettato per l'occasione un breve, efficace, sentenzioso proclama.

Per l'assistenza medico-specialistica dei ricoverati dell'Opera di Don Guanella.

La benefica munificenza dei romani ha permesso uno sviluppo insperato di quest'Opera, in cui trovano assistenza, pace e conforto i vecchi senza famiglia, i cronici, gli invalidi ma sopratutto i fanciulli: gli abbandonati, gli storpi, i deficienti, i paralizzati. Attualmente l'Istituzione accoglie un centinaio di vecchi e invalidi, 50 fanciulli orfani, 50 fanciulli deficienti gravi, di cui 8 privi anche di una rudimentale intelligenza, immobilizzati in tutte e quattro le estremità, incapaci a deglutire cibi solidi, ad articolare una parola; poi altri infelici afflitti contemporaneamente da più sciagure e che non trovano istituzioni che li accolgano.

Medico ordinario della Casa è il dott. Achille Ruggieri, il quale da anni presta con zelo e disinteresse le sue cure. Si deve a lui se le condizioni generali sanitarie si sono sempre mantenute più che soddisfacenti. Ad agevolarlo nella sua complessa e sempre più vasta opera si è costituito ora un Comitato che presterà gratuitamente l'opera sua: prof. Ferruccio Banissoni per la neuropsichiatria infantile, gr. uff. dott. Giuseppe Boriani per la pediatria, dott. Alessandro Dubinsky per la chirurgia e l'ortopedia, prof. Tomaso Lucherini per la radiologia, prof. Romeo Roselli per l'oculistica, prof. Rodolfo Volpe per la pedagogia emendativa.

L'opera concorde del dott. Ruggieri e del nuovo Comitato (che sarà ampliato a seconda dei bisogni) è diretta a far fornire i ricoverati nell'Ospizio di tutte le indagini e le cure specialistiche.

Per la sistemazione delle Terme d'Acqui.

Il Consiglio di amministrazione della Cassa di Risparmio di Torino ha approvato, giorni sono, a voti unanimi, la concessione di un mutuo fino a 12 milioni per l'esecuzione delle opere indispensabili a sistemare degnamente le Terme di Acqui. La concessione è dovuta, in modo principale, alla volontà del Capo del Governo, il quale aveva fatto conoscere alla Amministrazione della Cassa, come egli vedesse con sommo favore che fosse incoraggiata ed agevolata la sistemazione delle Terme stesse.

L'Istituto antitubercolare Vittorio Emanuele III in Lecco.

Il 13 c. m. è stato inaugurato a Lecco l'Istituto Vittorio Emanuele III per la cura e profilassi della tubercolosi. La cerimonia inaugurale ha avuto luogo alla presenza di S. M. il Re e con l'intervento di S. E. il Ministro Fedele, di S. E. il Prefetto della Provincia Conte Maggioni, delle rappresentanze del Senato e della Camera.

L'Istituto che sorge a poca distanza dal quartiere industriale di Lecco, è costituito di un fabbricato in massiccio nel quale trovano posto il Dispensario Antitubercolare, una sezione d'urgenza per malati dei due sessi, e una stazione fissa di disinfezione munita dei più moderni impianti.

Il Dispensario, che ha giurisdizione su Lecco e su tutto il territorio dell'antico Circondario, è fornito di gabinetto radiologico, laboratorio chimico, gabinetto laringologico. La sezione di degenza fruisce per ora di 22 letti, che potranno essere facilmente portati a 44.

L'Istituto eretto in Ente morale con R. Decreto 5 luglio 1923, n. 1777, è presieduto dall'ing. Giuseppe Riccardo Badoni e la direzione medica ne è affidata al dott. Gianni Pirani.

L'Istituto è stato costruito su progetto dell'ing. Amigoni ed è sorto per il contributo volonteroso di cittadini lecchesi, di enti pubblici e con l'appoggio del Governo.

È il primo Dispensario Antitubercolare in Italia che riunisca, con concetto unitario, tutti i servizi medici di lotta antitubercolare in un insieme armonico essendo fornito di sezione di degenza e di reparto disinfezione per i bisogni interni e della cittadinanza.

L'Istituto inizierà la sua opera il 1° maggio.

Chiusura temporanea d'un ospedale spagnolo.

L'ospedale « El Nino Jesús » di Madrid, fondato dalla duchessa di Santoña nel 1877, è una delle più note istituzioni di beneficenza spagnole. Era stata sostenuta da alcuni legati; ma il crescente costo della vita aveva creato serie difficoltà amministrative. Di recente l'Ufficio provinciale di beneficenza ha soppresso il dispensario che teneva nell'ospedale, col risultato che le risorse si ridussero considerevolmente e perciò si dovettero dimettere 166 bambini dei 250 ricoverati. Infine si fu indotti alla chiusura. Dopo alcuni mesi, quando si accumularono fondi bastanti, l'ospedale è stato di nuovo aperto, con grande sollievo delle classi povere.

Le discussioni sollevate da questo avvenimento hanno proiettato qualche luce sulle condizioni precarie dell'ospedale. È risultato che le infermiere ricevono poco più di una lira it. al giorno; che lo stipendio dei medici assistenti di nuova nomina è incirca di 1500 lire it. l'anno; quello dei medici ordinari non giunge a 2000; mentre il direttore ne riceve 9500 (3000 pesetas).

L'ospedale Israelita di New York.

Ha celebrato il suo 25° anniversario il 1° gennaio. Sorto con mezzi modestissimi, è ora allogato in un intero blocco di fabbricati, il cui valore è stimato 6 milioni di dol., ossia 100 milioni di lire italiane.

Incendio di un ospedale.

Lo « Emergency Hospital » di Annapolis (Maryland, Stati Uniti) è stato distrutto dal fuoco.

Nuovo Istituto di Biochimica a Oxford.

È stato ufficialmente inaugurato, a Oxford (Inghilterra), il nuovo Istituto di Biochimica, la cui costruzione è stata resa possibile da una donazione corrispondente a circa 6 milioni di lire it., fatta dalla « Rockefeller Foundation ». L'edifizio risulta di due piani e un mezzanino; ne fanno parte un acquarium, uno stabularium, un bagno per animali, un anfiteatro operatorio, ecc.; è provvisto di due ascensori. Può accogliere 20 sperimentatori e 100 studenti. Una caratteristica dell'Istituto è data dalle pareti mobili, per modo che molti ambienti si possono modificare a norma dei bisogni; così le due aule per lezioni, da 50 posti ognuna, possono fondersi in una sola da 100 posti.

Per la creazione di una cattedra di Patologia a New York.

Gli ex allievi della Scuola medica della « Columbia University » di New York hanno raccolto la somma di 128,000 dollari e l'hanno depositata in una banca, in attesa che venga portata a 200 mila dollari, per fondare una cattedra di patologia, da essere intitolata al prof. Francis Delafield, in onore di questo studioso, fondatore del Laboratorio di patologia nella Scuola predetta.

Una cattedra di Chimica ormonica a Tochio.

È stata creata presso la Facoltà medica dell'Università imperiale di Tokio, al Giappone, dopo lunghi sforzi e dopo vivaci discussioni. I fondi sono stati forniti dalla Società per il progresso della farmacologia. Il preventivo oscilla tra 200 mila e 300,000 yen (alla pari 1 yen = L. 2,60). Titolare della cattedra sarà il prof. Akira Agata.

Per il miglioramento dell'igiene pubblica in Francia.

In seno all'Accademia di Medicina di Parigi il sen. Strauss, già ministro dell'igiene in Francia, ha presentato una interpellanza con una serie di proposte che convergono verso il miglioramento dell'igiene pubblica. Incaricato il socio Marchoux di concretare una proposta in conformità alle conclusioni di Strauss, l'Accademia approvò ad unanimità i seguenti voti:

1) L'organizzazione dei pubblici servizi d'Igiene deve essere tecnica e non burocratica;

2) La direzione di tali servizi va sottratta alle influenze dei cambiamenti politici.

Fu poi approvata l'opportunità che l'Accademia votasse una mozione, auspicante la ricostituzione di un Ministero d'igiene pubblica, quale già trovasi in funzione in altri Stati e quale già esisteva in Francia prima che venisse aggregato al Ministero del lavoro, perdendo così la sua autonomia.

Prolungamento degli studi medici in Germania.

Un decreto del Consiglio Federale della Germania stabilisce che a partire dal 1° giugno 1928, il corso premedico debba durare 5 semestri invece di 4, com'è stato fin'ora, e l'intero corso di studi medici 11 semestri invece di 10.

Commemorazione di Malpighi.

Nel terzo centenario della nascita dell'insigne anatomico bolognese Marcello Malpighi, si è svolta recentemente a Bologna una solenne cerimonia commemorativa nella chiesa dei Santi Gregorio e Siro. Ad essa hanno partecipato autorità e rappresentanze cittadine nonchè la rappresentanza del Comune di Crevalcuore, patria del grande scienziato.

Centenario di Harvey.

Il 14 maggio il « Royal College of Physicians » di Londra inizierà la celebrazione del tricentenario della pubblicazione del « De motu cordis » di William Harvey. Alla cerimonia sono stati invitati ospiti eminenti da tutti i Paesi. Figurano nel programma la riproduzione delle esperienze originarie di Harvey, proiettata mediante la cinematografia, e l'esposizione di alcuni progressi recenti nel dominio della circolazione. Verranno conferite lauree *ad honorem* al conte di Balfour, a sir Ernest D. Rutherford ed ai proff. Ivan Petrovitch Pavlov e Karl Friedrich Wenckebach.

Centenario di Hunter.

Il « Royal College of Surgeons » di Londra ha celebrato il bicentenario della nascita di John Hunter, « il fondatore della chirurgia scientifica », con una mostra di ritratti e di cimelî e con un'orazione di sir Holburt Waring.

Omaggio al prof. Cunéo.

Gli allievi ed amici del prof. Bernard Cunéo, desiderosi di festeggiare i suoi 25 anni d'insegnamento negli ospedali, hanno deciso di offrirgli una medaglia artistica. Il Comitato è presieduto dal prof. Charles Richet. Le sottoscrizioni sono ricevute dal sig. Pierre Masson, boulevard Saint-Germain 120, Paris (6e). Ogni sottoscrizione di 100 franchi darà diritto a una riproduzione della medaglia.

Onoranze al prof. Slatogoroff.

Nel dicembre 1927, il prof. Slatogoroff, direttore del 1° Istituto Batteriologico dell'Ucraina, ha compito 30 anni di ininterrotto lavoro nel campo scientifico e nell'insegnamento medico. I collaboratori e gli amici hanno festeggiato la ricorrenza con una riunione scientifica a Kharkoff il 24 aprile, e con la pubblicazione di un volume di scritti.

Una conferenza di Wagner-Jauregg a Palermo.

Il prof. J. Wagner-Jauregg, ospite di Palermo, ha tenuto il 1° aprile, su invito del prof. Amato, una conferenza nei locali di quella Biblioteca Filosofica, sulla malarioterapia della demenza paralitica. Ha particolarmente illustrato le applicazioni profilattiche del metodo, durante il periodo pre-paralitico, sulla guida delle alterazioni del liquor, che possono essere colte un decennio incirca dopo l'infezione luetica. Ha considerato anche i perfezionamenti diretti a rendere sempre più innocuo il metodo, in particolare la mitigazione e la limitazione numerica degli accessi febbrili. Ha accennato anche ad altre applicazioni della mt., in specie alla cura della tabe.

Nella stampa medica.

Hanno iniziato la pubblicazione gli « Anales de la Facultad de Medicina y Farmacia » dell'Università di Avana, dovuti alla solerzia ed alla instancabile attività del decano, prof. Solano Ramos, il quale ne sarà il direttore, coadiuvato dal redattore-capo prof. Manuel Costales Latatú. Si tratta di un vero capolavoro dell'industria editoriale, in carta di lusso, con profusione di figure e di tavole in nero ed a colori. I lavori originali sono corredati di riassunti in francese e inglese. Il primo fascicolo contiene dieci lavori e varî articoli redattoriali; nei numeri successivi si farà largo posto anche alle recensioni.

Il nuovo periodico attesta il grado di maturità raggiunto dalla medicina nell'isola di Cuba. I nostri rallegramenti e i nostri augurî.

Medici tedeschi in America.

La « Deutsche Gesellschaft für ärztliche Studienzeisen » ha in programma per il prossimo autunno un viaggio in America: partenza da Brema il 4 ottobre, ritorno da New York il 6 novembre; spesa complessiva 2350-3300 marchi oro.

Le studentesse di medicina di Londra.

Le cinque più grandi cliniche di Londra hanno escluso le studentesse di medicina dalle loro aule. Nell'avvenire le donne a Londra non saranno ammesse che in due sole cliniche intieramente rette da donne.

Le ragioni che hanno suggerito questo provvedimento sono due: la prima è che le donne disturbano ed imbarazzano i loro compagni studenti e la seconda è che le donne non diventano mai dei buoni dottori, spesso piantano la professione quando si sposano e quindi rimane sprecato il tempo speso nell'istruirle. Il provvedimento ha destato vivaci discussioni. Il dott. Graham Little, membro del Parlamento, ha fatto una efficace difesa delle donne dottoresse. Così egli conclude: « Piaccia o non piaccia all'uomo, io credo che la dottoressa abbia una ragione di essere e le presento il mio più caldo benvenuto ».

Per la cura della tubercolosi e del cancro.

Annunziammo sotto questo titolo, nel fasc. 15, che F. G. Bonfils, direttore del « Denver Post » — il più grande quotidiano del West — ha donato 500,000 dollari, pari a circa 9 milioni di lire it., destinandoli in premio a coloro che troveranno una cura efficace della tubercolosi e del cancro.

Nel volume: « Il Colorado e gl'Italiani nel Colorado », del magg. med. Giovanni Perilli, a pagina 51, leggiamo con piacere che il sig. Bonfils è di origine italiana.

Suo nonno, il sig. Francesco Buonfiglio, nacque in Ajaccio e studiò all'Università di Pisa. Passato al seguito di Napoleone in Francia divenne francese e cambiò il cognome in Bonfils.

Partecipò poi al tentativo di liberare Napoleone da S. Elena e, fallito il colpo, riparò in America.

Mortalità e natività in Germania.

Durante il 1927 il numero delle morti ha superato quello delle nascite. Infatti contro 48.742 morti si sono avute 42.696 nascite. Nella graduatoria delle malattie mortali è in testa il cancro, con 9443 vittime, mentre 4570 persone sono morte di tubercolosi.

Grazie al grandissimo sviluppo preso in Germania dall'igiene nelle scuole e nelle famiglie operaie, la mortalità infantile è sensibilmente diminuita. Essa è scesa all'8,5 per cento del numero delle nascite, invece del 14,3 per cento del 1913.

Invio di vaccini mediante l'aeroplano.

Durante una grave epidemia di colera prodottasi in Persia, l'« Anglo-Persian Oil Company » si rivolse al « St. Mary's Hospital » di Londra, il quale produce dei vaccini anticolerici. L'ospedale provvide a mandarne 14 mila dosi per aeroplano, il mezzo più rapido di rifornimento.

Non appena si procedette alle vaccinazioni anticolerose, l'epidemia nel personale della Società cominciò a desistere e nel corso di due settimane fu interamente domata; si sono avuti poi dei casi sporadici, ma tutti miti. Furono inoculate circa 20,000 persone addette alla Compagnia.

Contro una propaganda igienico-sanitaria per radiotelefonia.

Una società medica del Mismsouri (S. U. A.) ha votato un ordine del giorno contro le conferenze d'igiene e dietetica trasmesse dalla stazione WHB, fatte dal dottor Samuel E. Ball, il quale era stato revocato dall'esercizio della professione medica dall'Ufficio Sanitario dello Stato e nelle sue conferenze fa opera di propaganda commerciale.

Uno speciale caso di violazione del segreto professionale.

Il professore di anatomia patologica di una università prussiana, nel fare una lezione, menzionò il nome del soggetto cui appartenevano gli organi dimostrati, e rilevò che si trattava di un criminale, il cui nome era spesso comparso sulla cronaca cittadina. Attraverso i giornali quotidiani il fatto fu richiamato all'attenzione del Ministero prussiano della P. I., il quale ha censurato la condotta dell'insegnante, quale infrazione all'obbligo del segreto professionale e come mancanza di retto giudizio.

La strana protesta di un farmacista.

I giornali quotidiani hanno dato notizia della protesta compiuta dal sig. Castille, il quale gestisce a Parigi una farmacia nel quartiere delle Ternes, rue Saint Ferdinand. Rifiutando di ottemperare alla legge sulla chiusura domenicale, egli era andato incontro a 130 multe, per l'importo complessivo di 40.000 franchi. Da ultimo si è piegato, ma continuando a tenere aperta la farmacia nelle domeniche: invece di medicinali, vendeva frutta e verdure, di cui aveva fatto larga provvista. Egli non veniva meno, così, alla legge, poichè durante tutta la giornata di domenica è consentita in Francia la vendita dei generi alimentari. Se non che i colleghi organizzarono, in massa, una rumorosa protesta innanzi alla farmacia, adducendo che il titolare gettava il ridicolo sulla professione. La polizia è intervenuta e ha disperso la folla degli indignati farmacisti. Il commissario di polizia ha dovuto riconoscere che il Castille era in regola, poichè si era dato cura di fornirsi di una regolare licenza. Lo strano è che il pubblico, per dimostrare la sua simpatia verso il farmacista fruttivendolo, accorre in massa a fare acquisti di frutta e verdura, per modo che la nuova professione finisce col rendere più dell'antica. Il Castille aveva tentato anche la vendita dei giornali, ma con minore successo.

Processo giudiziario per ragioni editoriali.

Il dott. John A. Detlefsen, già professore di genetica all'Istituto Wistar, ha intentato causa contro una dozzina di studiosi che compongono il comitato direttivo dei « Biological Abstracts », adducendo di essere stato escluso dal comitato stesso nel maggio 1927, senza giustificazioni, mentre egli era stato impegnato fino ad ottobre. Chiede 46.500 dollari (tre quarti di milione di lire it.) per violazione di contratto e risarcimento di danni!

Processo giudiziario intentato da un medico invalidato.

Un medico della California ha intentato processo contro una Compagnia d'assicurazione, che rifiutava di continuare a corrispondergli gl'indennizzi convenuti con contratto stipulato nel 1916 per i casi d'infortunio e d'invalidità.

Egli adduceva di essere stato colpito da nefrite cronica, la quale lo aveva costretto ad abbandonare la professione.

La Compagnia di assicurazioni contrapponeva che egli si era però occupato attivamente, negli ultimi tempi, della compravendita di terreni e della gestione amministrativa dei suoi immobili.

La Corte d'Appello distrettuale della California ha pronunziato sentenza a favore del medico, riconoscendo che l'attività spiegata si conciliava con l'invalidità professionale.

Un chirurgo condannato alla pena capitale.

Il Tribunale di Chicago ha condannato a morte sulla sedia elettrica il dott. Amante Bongetti, proprietario e direttore di una casa di salute sul boulevard Ashland, per avere causato, mediante un'operazione illegale, la morte di una giovane donna a nome Florette Enders. L'esecuzione era fissata per il 13 aprile; ma venne interposto appello.

L'uccisore del prof. Pendola condannato.

Il manovale Francesco Caruso che, come i lettori ricorderanno, aveva ucciso il dott. Pendola, ritenendolo colpevole della morte del figlio, è stato condannato, dopo un duplice processo svoltosi nel Tribunale di New York, alla pena del carcere per un periodo di 10 a 20 anni.

Un concorso per rivendicazioni scientifiche italiane.

La « Rivista di Terapia Moderna » ha bandito tre concorsi a premii, per complessive L. 30,000, dei quali uno, con 10,000 lire di premii, ha per tema: « Rivendicazioni scientifiche italiane nel campo della medicina interna e delle singole discipline medico-chirurgiche ». Esso può interessare in generale gli studiosi di storia delle scienze.

Sulla opportunità di questo tema di concorso venne richiesto il parere dei più autorevoli Maestri Italiani della medicina. Lo hanno concordemente approvato, fra i primi, i senn. proff. Marchiafava, Maragliano, Baldo Rossi, Albertoni, Queirolo, Lustig, Giordano, l'on. Gabbi, i proff. Barduzzi, Bilancioni, Cattaneo; altri autorevoli consensi sono pure già stati pubblicati.

Gli altri due concorsi riguardano due farmaci italiani a formula chimica definita, interessanti anche dal punto di vista scientifico.

In rapporto ai tre concorsi, che saranno giudicati da Commissioni formate da professori universitarii, con rappresentanza anche della Stampa Medica e scientifica, è già stato pubblicato un dettagliato « Regolamento », che può richiedersi alla « Rivista di Terapia moderna », via Vallazze, n. 39, Milano (132).

Premio letterario a un medico.

Il premio Goncourt è stato conferito al dott. Maurice Bedel per il suo primo romanzo « Jérome, 60° latitudine Nord » che l'A. concepì durante la guerra, nei Vosgi, conversando con volontarî che partecipavano a una partita di sciaggio. Il dott. Bedel è anche poeta e pittore; è turista in grande stile e studioso di valore. Durante la guerra fu addetto come agigunto all'ispettore medico Lapasset, capo del servizio sanitario della 7ª armata, e fu ferito due volte gravemente.

In memoria di Albert Pitres.

La Facoltà Medico-Chirurgica dell'Università di Bordeaux è stata colpita da grave lutto, con il recente decesso dell'illustre Clinico giubilato prof. Albert Pitres (1848-1928).

Da giovine a Parigi Egli era stato iniziato all'anatomia patologica e alla Clinica, e dopo alla Neurologia, frequentando assiduo la Salpêtrière.

Della sua giovinezza studiosa discorreva spesso e volentieri, e si sentiva onorato di aver fatte le sue prime indagini con Jean Martin Charcot sopra le localizzazioni cerebrali, le lesioni a focolaio, e la eccitabilità della corteccia.

Quelle dottrine avevano incuriosito il mondo medico, e non medico, e specialmente fisiologi, patologi, clinici e psicologi desiderosi di conclusioni affrettate, più o meno verosimili! Costoro, infatti, *rivalisèrent, à l'envi, dans leur désir de tirer de ces notions toutes les conséquences possibles et même impossibles!!* come Pierre Marie disse, all'*Académie* il 26 maggio 1925.

Da Parigi, poi, il Pitres venne a Bordeaux, e v'insegnò dal 1878 la Patologia generale, e dal 1881 la Clinica medica, fino alla giubilazione.

Durante la guerra dal 1914 al '918, nella direzione del Centro Neurologico del sud-ovest della Francia, si profuse generosamente *en bonnes et belles oeuvres*, come si legge in necrologie di giornali parigini.

Alle lezioni precise, incisive al capezzale dei *grands blessés nerveux*, trassero allievi e uditori d'ogni parte convenuti spontaneamente per sentire ricapitolare in lucida sintesi quanto di meglio recano Clinica, e Patologia d'oggi.

Non poche sono le impronte da Lui lasciate per il cammino della sua vita didascalica, e professionale.

Pur spaziando con ampia visione di sintesi per il campo clinico, spesso però fissò l'attenzione al solco neurologico, e tra le sue maggiori orme si notano: « I metodi di sezione del cervello » in tagli paralleli alla scissura del Rolando, riferiti testè da Bindo De Vecchi nella Diagnostica an.-patologica; « la schematizzazione dei nervi » fatta con il Testut; « le nevriti periferiche » e « la Manovra del Pitres » nella semeiologia delle lesioni del mediano e del radiale nella flessione ed estensione delle dita; « l'afasia amnesica », dal Dejerine ritenuta forma esordiente di afemìa; « l'emiplegia cerebrale » e « il segno di Pitres-Dignat », da ipocinesi degli arti del lato opposto al colpito; l'« epilessia e suoi equivalenti », ecc.

Nell'« Isteria » rilevò, con il Régis, quella sensazione più o meno molesta da semplice contatto con metalli, o sostanze eterogenee, alla quale pose nome di « Afalgesia ».

Accennando poi alla subcoscienza o incoscienza del mendacio nell'Isterìa, quasi precorse odierni concetti pitiatici, e patomimici. Ma però scorse quel tarlo morboso che vulnera la solidità dell'architettura maestra della ragione e della volizione, accennata da Lorenzo Borri in tema di libertà e coscienza di atti. Perciò senza cercar di chiarire cose oscure con altre oscure si avvicinò a Janet, il quale a chi identifica Isterìa e Suggestione osserva: *c'est expliquer un terme obscur par un autre qui ne l'est pas moins!*

L'*esprit clinique* va così di conserva con il criterio medico-legale per le malattie simulate, e per le Pretestazioni di Lesività, ora trattate dal Leoncini, Perrando ed altri. E fa ripetere con il Lasègue che: *on ne simule bien que ce que l'on a!*

All'acuto spirito di Leonardo Bianchi non sfuggirono le belle osservazioni del Pitres sopra: le illusioni di senso degli amputati; la fisiopatologia della Percezione, Ideazione, Emozione; le Ossessioni e Impulsi; la Psicastenia e l'ansia dei

« panofobici, monofobici e monoideici »; la Ereutosi e l'Ereutofobia, o paura d'arrossire legata a fenomeni simpatici, parasimpatici, angionevrotici, e disendocrinici.

Pertanto cooperava ad un'intensa coltura di psiconeurologo con Charcot, Raymond, Dejerine, Vaillard, Régis, Dignat, e con Weir-Mitchel, Deway, Baldwin, Irons, Kulpe, Mercier, Saury, ecc.

In morfologia clinica il Pitres si indugiò ad esplorare specialmente: torace, e organi endotoracici; tipo respiratorio, e sue alterazioni; pleurite essudativa, e versamento.

Perciò con il « Segno della cordicella » nella toracometria, con il « Segno del soldo » nell'ascoltazione e percussione combinate a ricercare il livello del versamento, ecc., egli contribuì all'incremento della semeiotica fisica e funzionale, alla quale si appassionarono pur i nostri clinici di ieri dal Baccelli al Grocco, De Giovanni, Bozzolo, Forlanini, Cardarelli e altri alla cui schiera è oggi passato il rimpianto clinico bordolese!

I suoi occhi sorridenti e lieti di vegeto ottuagenario si sono chiusi per sempre in un roseo tramonto, mentre la viola del pensiero fiorisce presso le sponde della Garonna nell'antica Burdigala.

La morte, che bussa *aequo pede* ad ogni porta, l'ha colto dolcemente, e la buona fine ha fatto venir in mente, e ripetere col poeta a un collega parigino:

Il est beau de mourir,
quand on laisse une vie
Pleine d'illustres jours
et de regrets suivie.

Con gli estimatori, i colleghi, gli amici prendiamo parte all'intimo cordoglio di Madame A. Pitres, del figliolo Monsieur Marcel, e della famiglia tutta.

Genova, 16 aprile 1928.

Prof. LUIGI CARLO MASSINI.

Un mese appena dopo aver lasciato il posto di redattore-capo (editor) del « British Medical Journal », è morto, a 74 anni, sir DAWSON WILLIAMS, di cui rilevammo di recente le benemerenze. Egli ha lavorato molto e con successo per elevare la posizione morale e materiale dei medici inglesi. Si è adoperato efficacemente per la lotta contro il ciarlatanismo medico-farmaceutico. Per virtù sua, il « British » era diventato uno dei periodici medici più apprezzati del mondo. Vogliamo notare che gli autori gli erano grati per la sua grande abilità nel ritoccare e rimaneggiare gli articoli, che egli riusciva sempre a migliorare. Il dott. Williams fu non solo giornalista, ma anche scienziato e clinico di valore.

Un Comitato di personalità eminenti di tutti i Paesi si preparava a rendergli cordiali onoranze.

P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Rev. Argentina de Neurol., ecc., nov.- dic. — S. DE SANCTIS. Delirio lucido.

Revue Neurol., gen. — A. SOQUES e al. Degenerazione lenticolare. — G. RODERBERGH. L'inversione dei riflessi addominali.

Paris Méd., 11 feb. — HERVÉ e ROUSSLE. Elioterapia e tbc.

Brasil-Med., 21 gen. — P. MANGAREIRA ALBERNAZ. Anestesia chirurgica del timpano.

Morgagni, 5 feb. — A. MAZZA. Tumori comprimenti i lobi frontali.

Scalpel, 28 gen. — J. DE HARVEN. Le periduodeniti.

Riforma Med., 6 feb. — O. FRAGNITO. Le funzioni dei lobi frontali. — M. SORRENTINO. Diatermoterapia delle spermatocisti gonococciche.

Lancet, 11 feb. — G. E. FRIEND. Infezioni scarlattiniformi.

Brit. Med. Journ., 11 feb. — E. R. FLISCH. Le affezioni addominali acute.

Rev. Méd. de Barcelona, gen. — E. MIRA. Orientazione professionale e psicologia.

Tohoku Journ. exper. Med., dic. — T. YAMAGUCHI. Il ricambio intermedio dei liquidi.

Bol. Inst. Med. Experim., ecc., Buenos Aires, dic. — A. H. ROFFO. Studi sul cancro.

Journal dos Clinicos, 30 dic. — M. ROSENBEY. Concetti moderni nel trattam. delle nefropatie.

Spitalul, feb. — G. MARINESCO e M. NICOLESCO. Atrofia siringomelica con cheiromegalia. — D. GRIGORESCO e C. T. IORDANESCO. Sindrome talamica nel corso di sclerosi a placche. — M. GRUMBERG SACHE fig. Forma nevrosica della tbc. polm.

Journal A. M. A., 28 gen. — A. STOKES e al. Trasmissione della febbre gialla al Macacus rhesus. — A. LOCKE. Titolaz. colorimetrica dell'antitossina difterica. — B. H. HAGER e T. B. MAGATH. La formaz. dei calcoli vescicali.

Münch. Med. Woch., 10 feb. — MAURER e DUCRUE. Influenza dello iodio sulla secrez. lattea. — BRUTMANN e HOSKE. Lo strapazzo sportivo.

Deut. Med. Woch., 10 feb. — MEYER e al. Azione combinata di sieroterapia antidifterica e antistreptococcica nella difteria maligna. — ARCHOFF. L'anatomopatologia guida il pensiero medico? — Inchiesta sul trattamento delle tossicomanie.

Acta Med. Scandinava, I. — T. M. VOGELSANG. Piemia da bacillo di Pfeiffer. — A. BARKMAN. Valore dei sintomi extra-piramidali in certi infortunî sul lavoro. — PAROULEK. Compito del fegato nel metabolismo purinico.

Riv. di Cl. Pediatr., gen. — L. SPOLVERINI. Azione eutrofica degli alimenti irradiati. — G. B. SAVELLI. Ereditarietà dell'oxicefalia.

Journ. d. Prat., 11 gen. — N. FISSIENGER. Le sindromi gastriche durante le splenomegalie primitive.

Riforma Med., 13 feb. — C. LOMBARDO. Reazione degli stannati alcalini per la dimostraz. del bismuto. — G. MELLI. Ipersensibilità, con partic. riguardo all'asma bronch.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., feb. — W. JASON LANG. Sindrome di Fröhlich post-encefalitica.

Presse Méd., 11 feb. — P. NOBÉCOURT e al. Streptococchi isolati in certe complicazioni della scarlattina.

Rinasc. Med., 15 feb. — P. POZZILLI. Le deviazioni del biochimismo cellulare. — M. ZAPPACOSTA. La creatinina nel sangue e nell'urina degli ipertesi.

Rev. Españ. de Med. y Cir., feb. — M. GIL CASARES. Sincope, shock e collasso. — F. BASCOMPTE. La decadenza dell'arte di formulare.

Giorn. di Clin. Med., 10 feb. — G. DONINI. Anisocoria nelle sindromi addominali. — L. ARMANI. Calcificazioni endotoraciche.

Marseille Méd., 15 gen. — J. SÉDAN. Glandole a secrez. int. e disturbi visivi.

Rev. de Méd., 9. — C. TRUNECEK. L'ipertensione nella piccola circolazione.

Ospedale Magg., 31 gen. — E. DE CASTIGLIONI. Collassoterapia polm. bilater.

Arch. de Med., Cir., ecc., 11 feb. — S. SANCHIS BANÚS. Il temperamento come modificatore della responsabilità penale. — 18 feb. - S. BRAUS. Strategia medica moderna.

Amer. Journ. Med. Sc., feb. — R. N. NYE e al. Funghi blastomicetosimili nel sistema digerente degli anemici progressivi. — W. H. GOCCKERMAN. Il meccanismo della malarioterapia della paralisi p. — BUNNER *jr.* Azione della triparsamide sul liquido c.-sp. nella paralisi p. — E. VENON HAHN. L'anemia da cellule fusiformi nel negro.

Zbl. inn. Med., 17 feb. — G. LIEBERMEISTER. Pneumotorace doppio.

Pediatria, 15 feb. — A. BOCCHINI. Il vaccino B. C. G. nei conigli per via endovenosa. — F. DE CAPUA. Trasmissibilità degli anticorpi per via placentare

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXV Roma, 7 Maggio 1928 Fasc. 18

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE SANTO SPIRITO IN SASSIA - ROMA
Sala FAIANI: Primario prof. L. FICACCI

Oleotorace e pneumotorace nel trattamento della gangrena polmonare

per il prof. TOMMASO LUCHERINI, aiuto medico e libero docente.

La gangrena polmonare è indubbiamente una malattia grave, e la cura di essa ha tenuta sempre desta l'attenzione degli studiosi. Oggi di questa malattia è stata descritta tutta una gamma di forme cliniche più o meno gravi, separate naturalmente da quei casi di gangrenizzazione secondaria di cavità parenchimatose o bronchiali preformate, nelle quali si è innestata una eventuale infezione anaerobia. Nella gangrena polmonare propriamente detta sono dalla maggior parte degli autori descritte: forme cliniche acutissime, caratterizzate da uno stato settico predominante; forme acute, che in genere a seconda della sintomatologia e dei caratteri clinici che presentano o che prevalgono, si distinguono in una *forma pneumonica* (espettorato abbondante, fetido, emottisi frequenti, sindrome cavitaria ecc.), ed in una *forma pleurica* (spessissimo secondaria ad un focolaio gangrenoso primitivo, caratterizzata dalla presenza di un versamento torbido, rossastro, putrido, ecc.); forme subacute e croniche, la cui evoluzione può essere, con frequenti oscillazioni, più o meno lunga e torpida.

Di grande utilità è nella gangrena polmonare l'indagine radioscopica e radiografica, sussidiata magari dalla radioesplorazione col lipiodol, indagine che permette di localizzare con precisione la sede e l'estensione di un processo gangrenoso, di apprezzarne la profondità, il volume e la forma. Anche l'esame batteriologico può essere utile, per quanto l'etiologia della gangrena polmonare sia un problema tuttora aperto e dibattuto.

Naturalmente l'esatta conoscenza dei vari aspetti clinici e radiologici che questa malattia presenta sono indispensabili per la scelta di un opportuno e razionale trattamento terapeutico. Non sto ora a parlare di tutti i vari mezzi che sono stati proposti per la cura di questa malattia; accennerò soltanto alla cura sintomatica; alla cura medicamentosa a base di sostanze balsamiche ed antiputride; al metodo della fluidificazione che facilita l'espettorazione, e che si fonda in particolar modo sull'uso dell'iposolfito di sodio, che nel ventricolo poi sviluppa ani-

dride solforosa, la quale a sua volta si elimina per il polmone. Accennerò ancora ai cosiddetti metodi specifici, ossia alla vaccinoterapia anaerobia che però non è ancora entrata nella pratica; alla sieroterapia mediante il siero antigangrenoso, il quale però pare che sia utile nelle sole forme acute; ed infine alla chemioterapia mediante l'uso degli arsenobenzoli, specie in quelle forme di gangrena nelle quali si ritrovano gli spirocheti. Ma questo metodo non pare che abbia un fondamento sicuro, in quanto l'importanza degli spirocheti nella gangrena polmonare resta ancora molto controversa. L'avvenire ci dirà se gli spirocheti, in ispecial modo lo « spirochaeta bronchialis » (Besançon e De Jong), intervengono in tutte le forme od in alcune soltanto di gangrena. Besançon afferma che non bisogna ricorrere agli arsenobenzoli prima della formazione cavitaria o forse anche prima della invasione da parte degli anaerobi. Si potrà utilizzarlo quando la caverna è bene detersa e quando, in seguito ad altre cure, il malato si è liberato dagli anaerobi e la gangrena non è più putrida. Dal trattamento medico poi non credo che si può sperare di avere grandi benefici; e tutto al più si potrà vedere modificarsi l'espettorazione sino a renderla meno abbondante, meno fetida; e forse si potranno prevenire le complicazioni ed infezioni secondarie. È vero che anche nella gangrena polmonare la guarigione può avvenire anche spontaneamente, come fenomeno della sua evoluzione naturale (Besançon); ma tale eventualità è certamente assai rara, ed ogni mezzo viene tentato per la cura di questa malattia. Persino il trattamento chirurgico è stato escogitato mediante varii metodi: 1) la compressione extrapleurica dopo lo scollamento pleuro-parietale (toracoplastica extrapleurica parziale e totale); 2) la pneumotomia; 3) la lobectomia; 4) la cauterizzazione ignea o con l'elettrocoagulazione del focolaio gangrenoso; 5) la frenicectomia, e la frenico-exeresi. Ma tali interventi, ad eccezione di quest'ultimo, la cui efficacia non è però costante ed è limitata alle lesioni gangrenose della base, tali interventi sono gravi e pericolosi per l'alta mortalità che danno (40-50 %), e non presentano che scarsi vantaggi. Anche la terapia mediante introduzione per via endotracheale ed intratracheale di olii balsamici è stata praticata, ma i risultati non sono stati in generale molto brillanti.

Nella gangrena polmonare, indipendentemente dalle cause etiologiche, e solo che vi siano le condizioni necessarie nella mancanza di aderenze pleuriche, il trattamento migliore che ha permesso di ottenere con rapidità delle guarigioni definitive, è *il pneumotorace artificiale*. Primo fra tutti lo stesso Forlanini pensò di utilizzare questo mezzo di cura in un caso di gangrena polmonare, ed ebbe pieno successo. La compressione polmonare nella gangrena è infatti un trattamento razionale che si basa in parte sugli stessi principi della collassoterapia per la tubercolosi. Il polmone gangrenoso è compressibile quando non vi siano ampie aderenze pleuriche, nè vi sia una diffusa ed antica sclerosi polmonare secondaria al processo gangrenoso. Il pneumotorace deve essere fatto a distanza dal focolaio gangrenoso, e va eseguito con la massima prudenza, poichè sono stati osservati accidenti gravi in seguito a rottura di aderenze e ad inoculazione pleurica. È necessario seguire lo scollamento del polmone ai raggi X, e completare il pneumotorace in parecchie sedute successive. Quando l'intervento pneumotoracico è riuscito, si vede rapidamente diminuire l'espettorazione, migliorare lo stato generale ed arrestarsi le emorragie, mentre il processo gangrenoso si avvia verso la cicatrizzazione.

Recentemente poi Andrè Bernou ha avuto modo di applicare il suo metodo di cura che ha chiamato « *oléothorax* » in un caso di gangrena polmonare, in considerazione della sua azione collassoterapica; ed ha riferito di aver avuto immediati benefici in seguito all'introduzione nel cavo pleurico di olio gomenolato al 15 %.

L'idea di introdurre un olio antisettico nelle sierose non è nuova: infatti Wigner, Reklinghausen e Glimm fin dal 1906 l'introdussero nelle sierose allo scopo di ovviare alla possibilità di aderenze. Anche Peiser, Lériche, Armand adoperarono l'olio antisettico nelle peritoniti acute con esito favorevole; così pure P. E. Weil et Loiseleur, (1917); Cordier et Hinaut, Burnand (1915), Rosenthal (1918), Fournier, ecc., l'adoperarono in varie occasioni, ma sempre a piccole dosi. Ma sono stati soprattutto i lavori di Bernou (1921) che hanno condotto alla pratica del metodo che l'autore stesso, come ho detto, ha chiamato *oleotorace*. Secondo Bernou questo metodo terapeutico consiste essenzialmente nell'iniettare nel cavo pleurico, una quantità notevole di olio antisettico, destinato a sostituire un versamento bacillare, o a mantenere il collasso del polmone sottostante, quando per una ragione qualsiasi, un pneumotorace artificiale si mostra inefficace, o non può più essere mantenuto a causa di un processo sinfisario obliterante progressivamente la cavità pleurale.

Dopo la comunicazione dei primi casi fatta da Bernou, numerosi tentativi sono stati fatti da altri autori francesi con risultati più o meno favorevoli. A tale proposito ricorderò fra gli altri i lavori di P. E. Weil, Isch-Wahl, Achard, Pis-

savy, Claude e Rochard, Courcoux et Meignant, Bezançon, Morain, Thin, Izard, Le Lorrain, Pellé et Chatellier, e specialmente i lavori di Kuss.

L'oleotorace è stato utilizzato nei seguenti casi:

1) Versamenti pleurici bacillari con o senza infezioni secondarie. (Pleuriti siero fibrinose; pleuriti purulente senza infezione secondaria; pleuriti bacillari infettatesi secondariamente).

2) Processi sinfisarii ad evoluzione progressiva. (*Bloccaggio oleoso* della pleura secondo Bernou).

3) Collasso dei focolai resistenti all'azione delle pressioni gassose.

4) Perforazioni pleuro-polmonari.

Mediante l'oleotorace si può sostituire una massa oleosa, inerte, antisettica, lentamente assorbibile, all'essudato infiammatorio, esercitando così una azione disinfettante, e facendo evitare la pleurotomia. Come meccanismo d'azione in casi di processi sinfisarii ad evoluzione progressiva, l'oleotorace dovrebbe agire meccanicamente realizzando una azione compressiva sul polmone e mantenendo la persistenza del divaricamento dei foglietti pleurici. Thin ed Izard insistono anche sull'effetto nutritivo dell'olio introdotto nella cavità pleurale. Bernou è arrivato persino ad affermare che quando il pneumotorace deve essere mantenuto in forti pressioni ripetute frequentemente, è spesso utile sostituire a questo mezzo un oleotorace totale, che assicuri un'azione permanente con poche iniezioni ad intervalli distanziati. Nei malati la cui pleura è molto sensibile si consiglia durante un certo tempo di sostituire delle quantità poco considerevoli di liquido con dosi equivalenti di olio.

Tecnica dell'oleotorace. — Io non starò a descrivere in dettaglio la tecnica delle varie modalità dell'oleotorace. Dirò soltanto che sono generalmente usati dalla maggior parte degli autori gli olii vegetali. Kuss preferisce l'olio di paraffina, puro, rigorosamente neutro, praticamente anidro ad alta viscosità. Il gomenolo è l'antisettico che è stato comunemente scelto, appunto per la sua debole tossicità, e per il suo notevole potere battericida. Esso si adopera in soluzione oleosa debole (2 a 4 p. 100) per i bloccaggi; in soluzione più forte per i piotoraci (4 a 10 p. 100). M. Villaret, Justin-Besançon et Fauvert hanno ottenuto dei buoni risultati servendosi per i loro oleotoraci, di un olio irradiato con i raggi ultravioletti (sino a 500 cmc.).

Kuss per praticare l'oleotorace ha ideato un suo apparecchio speciale, assai indaginoso e complicato, di cui non è il caso di farne ora la descrizione. Lo stesso Kuss si serve anche per l'introduzione dell'olio, di una siringa speciale da lui ideata, a pistone metallico, della capacità di 55 cmc. Saranno scelti degli aghi di una lunghezza e di un diametro sufficienti a causa della viscosità dell'olio; e si avrà l'accortezza prima di introdurlo, di riscaldare l'olio a 38°-39° per renderlo più fluido e per evitare di raffreddare la pleura.

La creazione dell'oleotorace si farà in una o più volte, in ognuna delle quali saranno introdotte massivamente determinate quantità di olio, a seconda della tolleranza, e della capacità toracica; a seconda dei valori della pressione, ed a seconda delle indicazioni per cui si pratica l'oleotorace. Non consigliano mai di iniettare più di 600-650 cmc. di olio nella prima seduta. Prima di praticare l'oléothorax, specie in quei casi in cui non vi è versamento pleurico, è opportuno saggiare la suscettibilità pleurica con una iniezione di 10-20 cmc. di olio gomenolato. Bisogna poi evitare la ferita del polmone che potrebbe dare origine ad una fistola pleurica. Realizzato l'oleotorace, in seguito, è necessario rinnovare ogni tanto le quantità di olio riassorbitesi lentamente. Dopo l'iniezione si raccomanderà al malato di rimanere coricato, possibilmente sul lato opposto, sino al giorno seguente, per evitare che l'olio possa refluire nel tessuto sottocutaneo.

Io partendo dal principio della utilità della compressione polmonare (quando questa è possibile) nel trattamento della gangrena polmonare, ho voluto usare l'oleotorace in due casi di gangrena, per osservare gli effetti che questo metodo di cura poteva avere sul decorso della malattia. Sono stato lusingato a tentare l'oleotorace con olio gomenolato nella gangrena polmonare, non solo per l'azione compressiva dell'olio, ma in considerazione del valore antisettico del gomenolo stesso, e soprattutto per approfittare anche della forte azione balsamica di questo medicamento introdotto in notevole quantità nel cavo pleurico, azione certamente non inutile in casi di processi putridi e gangrenosi del polmone.

Avendo avuto occasione di osservare in varie riprese di tempo alcuni casi di gangrena polmonare ricoverati nella sala Faiani dell'Ospedale di S. Spirito, ho creduto opportuno di trattare, oltre i due casi mediante il metodo dell'oleotorace, altri due casi col pneumotorace artificiale. Ciò allo scopo di studiare meglio il valore dei due metodi di cura, e di mettermi direi quasi nelle condizioni di paragonarli sia dal punto di vista dell'applicazione pratica, sia da quello degli

effetti sui sintomi in particolare e sul decorso in genere della malattia.

Tale compito mi è stato anche facilitato dall'occasione di aver trovato 4 malate di gangrena polmonare, l'età delle quali non era molto differente, e la cui malattia presentava pressochè la stessa fisionomia sintomatica e clinica, senza complicazioni pleuriche e generali del processo.

Per i miei oleotoraci ho usato l'olio di oliva purissimo sterilizzato, con gomenolo in soluzione al 3 %; e per l'introduzione, non avendo l'apparecchio di Kuss, mi sono servito di una grossa siringa graduata da 100 cmc. (una specie di siringa a tre anelli), a cui si innestava direttamente un comune ago da pneumotorace. La puntura veniva da me praticata nel 4° spazio intercostale sulla linea ascellare anteriore. Per controllare i valori della pressione endopleurica durante l'introduzione dell'olio, facevo contemporaneamente con un altro ago una seconda puntura nello spazio intercostale superiore, ad una certa distanza dalla sede della prima puntura (onde evitare che l'ago si riempisse di olio); ed innestavo questo secondo ago ad un apparecchio Forlanini, il cui rubinetto era disposto in maniera da stabilire la comunicazione fra il manometro ed il cavo pleurico. Dalla lettura delle oscillazioni manometriche avevo così l'indice della pressione. Subito prima di introdurre l'olio nel torace, ho ritenuto opportuno nei miei due casi di iniettare nella cavità pleurale 50 cmc. di aria, allo scopo di saggiare (confortato anche dal controllo delle pressioni negative) la permeabilità pleurica, eppoi allo scopo di crearmi anche una bolla d'aria tale che mi permettesse di introdurre liberamente l'olio gomenolato, evitando il pericolo dell'eventuale puntura del polmone, e relativa penetrazione di olio nel parenchima. Nei miei casi non ho praticato l'oleotorace con introduzioni uniche e massive di olio; ma ho preferito introdurre, in sedute piuttosto ravvicinate, non mai più di 100 cmc. di olio gomenolato opportunamente riscaldato a 38°, controllando volta a volta con esami radiologici l'andamento della cura.

Negli alri due malati di gangrena polmonare ho fatto il pneumotorace artificiale con le classiche modalità di tecnica. Espongo brevemente i casi da me studiati:

CASO I. — M. Aurelia, di anni 30, da Cento. Entra all'Ospedale il 20 giugno 1927. In passato sempre bene. Un mese prima dell'ingresso in seguito a parto distocico fu cloroformizzata. Qualche giorno dopo l'intervento ebbe tosse stizzosa, febbre, ed espettorato abbondante. In seguito questo si fece fetido, ed insorse dolore continuo all'apice dell'emitorace destro.

Status: condizioni generali discrete; dispnea; polso frequente; temperatura febbrile.

Torace: riduzione di suono alla metà superiore destra, ove si ascolta posteriormente soffio bronchiale accompagnato da scrosci di rantoli consonanti.

Espettorato: (quantità giornaliera: 80-100 cmc.), giallastro, fetido. Non vi sono fibre elastiche; si rilevano microscopicamente molti germi comuni; non vi sono spirochete, nè bacilli di Koch.

Esame radiologico: grosso focolaio d'ombra intensa e non omogenea, diffusa a tutta la metà superiore destra.

Esame urine: negativo. *W. R.*: negativa.

Dopo qualche giorno di degenza si inizia l'oleotorace (previa introduzione di 50 cmc. di aria) con 75 cmc. di olio gomenolato al 3 %. Il giorno successivo se ne iniettano 90 cmc.; ed il terzo giorno ancora 75 cmc. La paziente ha un senso di peso e dolenzia vaga all'emitorace destro; la tosse persiste ed è frequentemente seguita da espettorazione sanguigna. Dopo 3 giorni dall'ultimo rifornimento si iniettano 70 cmc. di olio gomenolato; ed il giorno successivo 100 cmc. ancora. La pressione terminale è + 1 — 4. Radioscopicamente si rileva alla base di destra una grossa ombra ad opacità omogenea, che si confonde in gran parte con l'ombra del focolaio gangrenoso. All'esterno in una zona si vede un piccolo livello liquido, mobile, con sopra una bolla gassosa, dovuta alla prima introduzione di 50 cmc. di aria.

In seguito l'espettorazione diminuisce, e ne diminuisce pure il fetore; ma la tosse e la febbre persistono sempre.

Dopo 7 giorni si introducono 50 cmc. di olio gomenolato (pressione terminale + 2 — 4); e da questo rifornimento ogni 4 giorni per tre volte ancora si iniettano 50 cmc. di olio.

Ma la paziente non migliora, ha sempre tosse, febbre; qualche volta espettorato emorragico; spesso vomito; senso di peso e di stiramento a destra; le condizioni generali vanno sempre peggiorando sino al decesso che si ha il 9 agosto 1927

CASO II. — P. Augusta, di anni 31, da Roma. È ricoverata all'Ospedale il 13 gennaio 1927. Alla fine di settembre 1926 ebbe una affezione polmonare acuta, per cui fu ricoverata al Policlinico. Dopo circa un mese e mezzo ebbe con la tosse emissione di sangue: l'emottisi si è ripetuta a gennaio, per ciò chiede di essere ricoverata all'ospedale.

Status: condizioni generali buone; tosse stizzosa; non febbre.

Torace: ottusità alla base destra, con scarsi rantoli fini inspiratori che non si modificano con la tosse. Esame dell'espettorato che è fetido, è ripetutamente negativo per i b. b. di Koch.

Durante la degenza ha spesso emottisi: si praticano varie cure medicamentose, ma senza alcun vantaggio.

Espettorato: (quantità giornaliera 50-70 cmc.) fetido. Non vi sono fibre elastiche; non si riscontrano microscopicamente spirochete, nè bacilli di Koch.

Esame radiologico: focolaio d'ombra non omogenea, poco nettamente delimitabile alla base destra. *L'esplorazione radiologica col lipiodol conferma la diagnosi clinica di gangrena polmonare destra.*

Esame urine: negativo. *W. R.*: neg. *Cutireazione*: negativa. Puntura esplorativa base destra: negativa.

Il 1° luglio si inizia l'oleotorace con 20 cmc. di olio gomenolato al 3%, per saggiare la tolleranza pleurica; il giorno successivo se ne iniettano 80 cmc.; ed il terzo giorno ancora 75 cmc. (pressione terminale + 1 — 4). La paziente accusa senso di peso e di stiramento a destra; la tosse persiste, ed ha elevazioni termiche (38°-38°,5).

Dopo 2 giorni dall'ultimo rifornimento si iniettano 100 cmc. di olio; ed il giorno dopo altri 90 cmc.

L'esame radioscopico mostra alla base di destra un'ombra intensa omogenea che nasconde il focolaio gangrenoso, e che si estende verso l'alto diminuendo di intensità. L'ombra del cuore non pare spostata. L'espettorato della paziente è diminuito ed è assai meno fetido; però la tosse, il dolore a destra, la febbre persistono immutati.

Dopo 4 giorni si introducono 100 cmc. di olio; dopo 6 giorni da questo rifornimento se ne iniettano altri 100 cmc. (pressione terminale + 1 + 5). Ma la paziente non migliora; continua la tosse stizzosa, la febbre; spesso l'espettorazione e emorragica; e si ha il decesso il 6 agosto 1927.

CASO III. — Z. Augusta, di anni 22, da Leprignano. Entra all'ospedale il 23 settembre 1927. È stata sempre bene in passato. Nel mese di agosto scorso in seguito ad un intervento chirurgico (pare isteropessi) fu cloroformizzata. Dopo qualche giorno incominciò ad avere tosse con espettorato abbondante, che a poco a poco si fece di cattivo odore, e dolore all'emitorace destro.

Status: condizioni generali scadute; dispnea; febbre alta; polso frequente (120).

Torace: nella metà superiore destra sia anteriormente che posteriormente si nota riduzione di suono, soffio bronchiale accompagnato da rantoli fini crepitanti.

Espettorato: (quantità giornaliera 50-70 cmc.) giallo-verdastro; fetido. Negativo per i bacilli di Koch e per le spirochete. Presenza di fibre elastiche. *R. W.*: negativa. *Urine*: negative. *Cutireazione*: negativa.

Esame radiologico: grosso focolaio d'ombra rotondeggiante alla metà superiore destra, poco nettamente delimitabile, e con rischiaramento centrale.

Il 30 settembre si inizia il pneumotorace artificiale a destra con 450 cmc. di aria filtrata, e si continuano regolarmente i rifornimenti secondo il bisogno sino alla fine di novembre. Le introduzioni sono facili. Ebbene la paziente subito dopo le prime introduzioni di aria è migliorata nettamente: è diminuito l'espettorato, è caduta la febbre; è cessata la tosse; è aumentata di peso. L'esame radiologico mostra a destra la presenza di uno pneumotorace con collasso quasi totale del polmone.

La paziente non ha disturbi di sorta; l'espettorato è cessato; e viene dimessa guarita il giorno 11 decembre 1927. L'esame radioscopico prima dell'uscita mostrava la presenza di una tenue ombra discontinua nel lobo superiore destro. Ho avuto occasione di rivedere la paziente nel mese di febbraio, e l'ho trovata in ottime condizioni di salute.

CASO IV. — Sp. Erminia, di anni 24, da Paliano, contadina. Entra all'ospedale il 18 agosto 1927. In passato ha sofferto spesso di bronchite. Quindici giorni or sono fu presa da febbre alta a tipo continuo, remittente, da tosse con espettorato e da dolore all'emitorace destro.

Status: condizioni generali scadute; dispnea intensa; polso frequente; febbre alta (37,5-38,5). Il giorno dell'ingresso ha intensa emottisi.

Torace: riduzione di suono in tutto l'emitorace destro, specialmente verso la base, ove si ascolta soffio bronchiale accompagnato da rantoli di varia grandezza.

Espettorato: (quantità giornaliera 40-60 cmc.), purulento, fetido, ributtante. Negativo per i bacilli di Koch e per le spirochete. Assenza di fibre elastiche.

Puntura esplorativa base destra: non presenza di versamento pleurico. Approfondendo l'ago si entra nella cavità gangrenosa, e si estraggono pochi cmc. di pus giallastro, fetido, che ha gli stessi caratteri dell'espettorato.

R. W.: negativa. *Urine*: negative.

Radiografia: focolaio d'ombra intensa tondeggiante, non omogenea, che occupa quasi tutta la metà inferiore dell'emitorace destro, a contorni sfumati e confusi, e con una zona centrale più chiara, indice della colliquazione del focolaio. (*Vedi radiogramma n.* 1).

Il 29 agosto si inizia il pneumotorace a destra con 450 cmc. di aria filtrata, e si continuano regolarmente i rifornimenti, che non sto ad elencare, sino al giorno 5 ottobre 1927. Le introduzioni si compiono tutte facilmente, e sono bene tollerate dalla paziente. Questa dopo i primi rifornimenti si sente subito meglio: diminuisce l'espettorato ed il suo fetore caratteristico, cade la febbre; cessano le emottisi che aveva; aumenta di peso. I ripetuti esami radioscopici mostrano la presenza dei segni di uno pneumotorace a destra con collasso di tutto il polmone, specie della sua porzione inferiore.

La paziente migliora sempre più: cessa del tutto l'espettorato, non ha più febbre, nè tosse; e viene dimessa completamente guarita il giorno 5 novembre 1927.

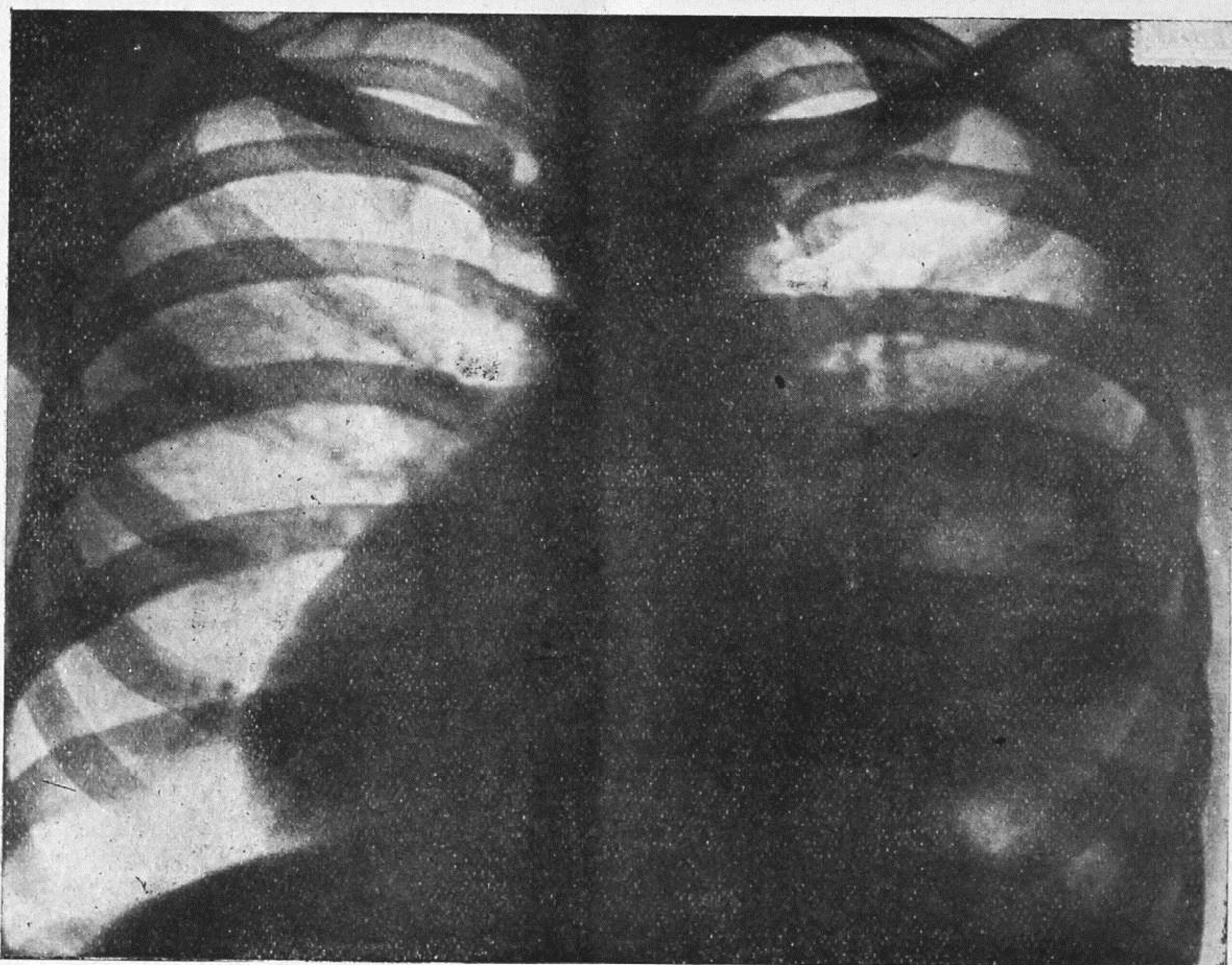
La radiografia eseguita il 1° novembre 1927, a 25 giorni di distanza dall'ultimo pneumotorace, mostra che l'aria introdotta si è riassorbita, e che il polmone destro si è riespanso completamente. Nella zona ove era il focolaio gangrenoso residuano delle piccole macchie irregolari a contorni sfumati e da cui partono dei tralci che in qualche punto confluiscono. Questi segni debbono essere attribuiti ad un processo cicatriziale del polmone. La forma della gabbia toracica si è poi mantenuta normale. (*Vedi radiogramma n.* 2).

Ho rivisto la paziente nel mese di marzo, e l'ho trovata in ottime condizioni generali e locali

* * *

L'uso dell'oleotorace nella gangrena polmonare non è nuovo: primo è stato l'autore stesso del metodo, Bernou che, come ho già detto, l'ha adoperato con successo in un caso di gangrena. In seguito M. M. Caussade, Tardieu et Rosenthal hanno descritto soltanto un caso di bronchite gangrenosa che non ha risentito alcun beneficio dall'uso dell'oleotorace. Per quel che mi risulta nessun altro caso di gangrena del polmone trattato con l'oleotorace trovasi citato nella letteratura. Io ho voluto per le ragioni già esposte praticare l'oleotorace in due casi di gangrena; ma i risultati di questo metodo di cura, come risulta dalle storie cliniche (vedi caso I e II), sono stati assolutamente sfavorevoli. Eppure ho cercato di usare la maggiore prudenza, preoccupandomi di rendere il metodo il meno brutale possibile; ossia introducendo prima dell'olio, 50 cmc. di gas, per crearmi una camera d'aria di sicurezza; eppoi iniettando, invece di una unica dose massiva, dosi ravvicinate e non alte di olio gomenolato (non più di 100 cmc. alla volta). Ma le malate sono decedute senza che l'evoluzione della malattia sia stata in alcun modo influenzata o almeno arrestata dall'oleotorace. Non soltanto questo ha fallito nell'azione meccanica compressiva dell'olio, come ci ripromettevamo dal suo uso; ma anche nell'azione antisettica, antiputrida e balsamica del gomenolo introdotto in notevole quantità.

L'olio che è un mezzo liquido pesante non si adatta come l'aria e non si insinua facilmente fra i foglietti più o meno permeabili del cavo pleurico, ma tende a raccogliersi in basso gravando sul diaframma che si abbassa, ed esercita una azione collassante sul polmone limitata soltanto alle porzioni inferiori di questo. Appunto perciò l'oleotorace determina spesso nei pazienti senso di peso, di stiramento, e qualche volta difficoltà della respirazione.



Radiogramma n. 1, eseguito il 19 VIII 1927, prima del pneumotorace artificiale.

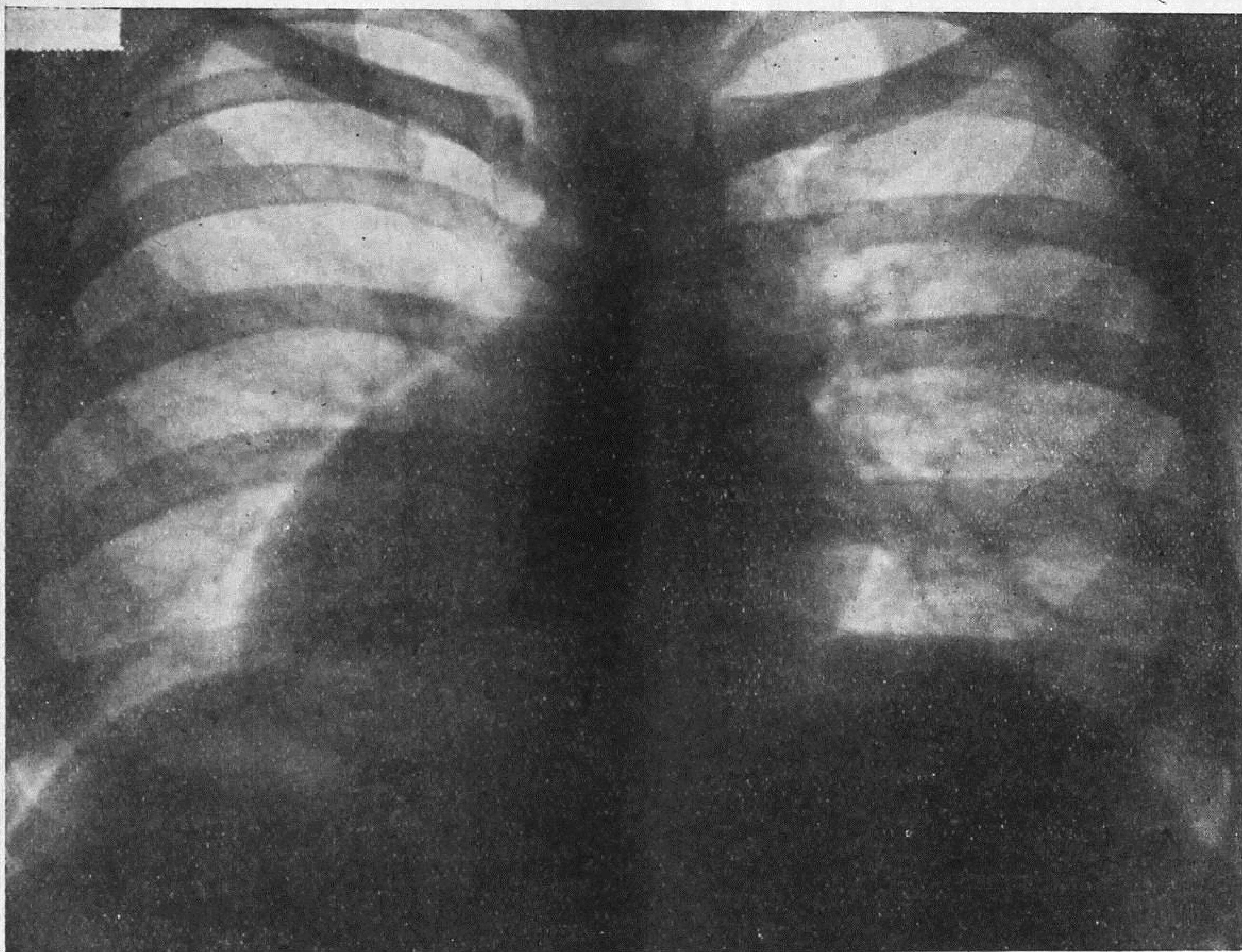
L'uso dell'oleotorace, contrariamente al pneumotorace, rende certamente poco utilizzabile il controllo radiologico, tanto importante nelle malattie del polmone, poichè l'olio non essendo trasparente come l'aria, viene a nascondere, come nei casi miei, le modificazioni e gli eventuali spostamenti che subisce il focolaio morboso, specialmente quando questo è localizzato nelle porzioni inferiori del polmone. Non si può neanche sorvegliare e seguire radiologicamente, come nel pneumotorace, il grado di collasso del polmone, poichè con l'oleotorace non si vede,

come quando si insuffla aria, la linea netta di demarcazione fra margine del polmone compresso e spazio pleurico. I valori delle pressioni endopleuriche poi con l'oleotorace non credo siano molto attendibili e sicuri. Inoltre l'oleotorace ci impedisce l'apprezzamento semeiotico e radiologico di un eventuale versamento pleurico che può insorgere nel corso della cura, e che naturalmente viene ad essere mascherato almeno per un periodo di tempo dal mezzo liquido oleoso preesistente. Non voglio discutere le varie indicazioni di questo metodo di cura raccomandato da alcuni AA.: potrà costituire per certi, per Besançon ad esempio, una indicazione formale dell'oleotorace il versamento purulento tubercolare secondario al pneumotorace, ed i versamenti secondariamente infetti; certo è che per molti altri autori (Léon-Kindberg, Pissavy ecc.) tale metodo di cura si è mostrato negli svariati casi nei quali è stato raccomandato, assolutamente inattivo e molesto.

Ed a parte la discutibile utilità dell'oleotorace, questo metodo non è esente dai seguenti accidenti che possono sopravvenire: la formazione di un paraffinoma persistente e doloroso quando del liquido si versa nel tessuto sottocutaneo; reazioni pleuriche febbrili e dolorose, stiramenti di aderenze, crisi di tosse e di soffocazione determinate dall'irritazione dei bronchi dovuta all'eliminazione del gomenolo.

Lo sfavorevole risultato che io ho ottenuto nei due casi di gangrena polmonare, è certamente tale che non invoglia a ripetere la prova; tanto più che per questa stessa malattia siamo in possesso di un altro metodo di cura, il pneumotorace artificiale, che quando è attuabile, è indiscutibilmente benefico. Numerosi autori infatti hanno esaltato questo mezzo di cura nella gangrena del polmone.

I miei due casi (n. III e IV) trattati e guariti col pneumotorace, contribuiscono, di fronte all'insuccesso avuto con l'oleotorace, a dare maggiore rilievo al valore teorico ed ai risultati pratici dell'insufflazione gassosa nella gangrena polmonare. I due radiogrammi presentati, uno (n. 1) fatto prima dell'intervento pneumotoracico, e l'altro (n. 2) dopo, documentano chiaramente la efficacia terapeutica del pneumotorace. *Non ritengo giusto che per evitare la servitù dei ripetuti rifornimenti di aria, si debba preferire, in casi di gangrena, di tubercolosi polmonare, e specialmente in casi di processi sinfisarii ad evoluzione progressiva, come consigliano pochi autori francesi, il metodo dell'oleotorace brutale e mal controllabile, al metodo del pneumotorace artificiale con tutti i suoi van-*



Radiogramma n. 2, eseguito il 1 XI 1927, a 25 g. di distanza dall'ultimo pneumotorace.

taggi e con la garanzia che ci è data da una lunga esperienza.

BIBLIOGRAFIA.

ARCHEVSKI. Thèse de Paris, 1924.
AMENILLE e ZEISSEIRE. Soc. Méd. des Hôp., 24 gennaio 1925.
BERNOU. Bull. Académie de méd., 25 avril 1922.
ID. Journ. d. prat., n. 17-18, 1922; n. 13, 1923; n. 3, 1924.
ID. Soc. méd. hôp. de Paris, 15 juin 1923.
ID. Rev. méd. de Barcelona, déc. 1924.
ID. Rev. de la tuberc., n. 3, giugno 1926.
ID. Le Journal méd. français, n. 6, juin 1927.
BEZANÇON. Journ. d. Prat., n. 6, 1927.
BEZANÇON, BRAUN et AZOULAI. La Médecine, mai 1925, juin 1926.
ID. ID. ID. Paris médical, 20 février 1926.
BURNAND. Soc. méd. des. hôp. de Paris, 31 juillet 1924; 5 juin 1925; 5 mars 1926.
CAUSSADE, TARDIEU et ROSENTHAL. Soc. méd. des hôp. de Paris, 21 nov. 1924.
CLAUDE et ROCHARD. Ibid., 24 avril 1924.
COURCOUX et MEIGNANT. Sémaine méd. des hôpit. de Paris, 24 avril 1925.
GÉNÉVRIER. Soc. méd. hôp. de Paris, 16 mai 1924.
IZARD. *L'oléothorax dans le traitement des pleurésies du pneumothorax.* Thèse de Paris, n. 264, 1925-1926.
KÜSS. Résultats. Ac. de Méd., seduta 10 nov. 1925.
ID. Revue de la tuberc., n. 1, 1926; n. 4, 1926.
ID. Arch. méd. chir. des voies resp., n. 3, 1926
LE LORRAIN. Thèse de Montpellier, juin 1924.
LÉON-KINDBERG. *Stato attuale della questione del pneumotorace artif. nella tubercolosi polmon.* Monde Médical, aprile 1927.
MUSCOLINO. R. Acc. Peloritana, Messina, feb. 1918.
PELLÉ. Annales de méd., t. I. mai 1924.
PISSAVY, BRÉGER et CHABRUN. Soc. méd. d. hôp. de Paris, 11 avril 1924.
PRUVOST. Vie médicale, 6 févr. 1925.
ID. Journ. de Méd. et de Chir. prat., 10 gen. 1927.
MIERNES et CETRANGOLO. Sem. Med., 4 nov. 1926.
OLMER e TOINON. Soc. Méd. et Ch., p. 565-572, 1926.
ROSENTHAL. La clinique, juillet 1924; Assoc. méd., juin 1925.
ROSSEL. Bull. méd. et mét. de Leysin, oct. 1926.
THIN. Thèse de Paris, juin 1923.
WEIL P. E. Paris méd., n. 48, 1922.
WEIL P. E. et ISCH-WALL. Soc. méd. des hôp. de Paris, 26 janv. 1923.
WEIL P. E., DARBOIS et POLLET. Ibid., 25 oct. 1923.

NOTE E CONTRIBUTI.

Osservazioni sui punti dolorosi addominali. [1]

Prof. FRANCESCO PANCRAZIO (Padova).

1. — Da qualche anno nell'esame degli ammalati che accusano disturbi addominali, ricerco diligentemente la esistenza o no di punti dolorosi alla palpazione.

Con tale ricerca, tenendo presente lo svolgersi di varie affezioni addominali, mi sono formato alcuni concetti che ritengo di una certa utilità pratica.

2. — Alcuni dei punti dolorosi addominali di più comune constatazione sono spesso avvertiti dai pazienti anche spontaneamente, anche all'infuori di qualsiasi manovra operatoria. Va fatta subito l'osservazione che quando il dolore è avvertito anche spontaneamente non sempre viene riferito con esattezza al punto dove colla palpazione si provoca il dolore.

3. — Sono d'accordo col Taddei, che ha scritto un bellissimo lavoro sui punti dolorosi addominali provocabili alla pressione (vedi *Giornale del Medico pratico*, 1926, n. 6), che ai punti dolorosi bisogna dare un valore molto relativo se non esistono importanti sintomi concomitanti. Ed io aggiungo che tale valore relativo è maggiormente spiegabile nell'esame delle donne, dove anche piccole affezioni dell'apparecchio sessuale possono dare luogo ai più diversi punti dolorosi, anche a distanza. Certo il valore dei punti a distanza (come punti frenici cervicali nelle affezioni epatiche e spleniche, punti pielitici nelle affezioni renali) è molto scarso.

4. — La ricerca di un punto doloroso può essere ad un primo esame negativa, viceversa positiva ad un secondo esame e tanto più positiva in quanto dopo il primo esame il dolore può essere avvertito anche spontaneamente.

5. — Si può dire che non vi è punto dell'addome che, diventato doloroso, non sia stato elevato a dignità sintomatologica per l'affezione di un dato organo profondo. Così che siamo davanti ad una tale varietà che, se può riuscire di elegante esercizio semeiologico, ci lascia però spesso incerti sulle decisioni necessarie, anche coi moderni sussidi di esame.

6. — L'importanza topografica dei vari punti decantati rispetto all'organo ritenuto ammalato, viene diminuita per due ragioni: *a*) che, date le molteplici varietà anatomiche e patologiche il

[1] Comunicazione al XXXIII Congresso di Medicina Interna (Parma, 18-10-'27, V).

punto doloroso non sempre corrisponde all'organo realmente ammalato; *b*) che ad uno stesso organo ammalato sono stati assegnati punti diversi a seconda dell'opinione di vari ricercatori. Ad esempio il punto diaframmatico (Gueau de Mussy), il punto della regione media della parte inferiore del corpo dello sterno ed il punto frenico cervicale sono stati tutti e tre decantati per la diagnosi di ascesso subfrenico. Così pure si sono portati in campo molteplici punti per la diagnosi di appendicite (punto di Mac Burney, di Morris, di Lanz, di Jalaguier, di Clado, di Munro).

7. — Constatato un punto doloroso alla pressione, io trovo molto utile procedere nel modo seguente. Sollevo con una mano la massa muscolare e ricerco se è dolente. Sia o no dolente la massa, spingo un dito al disotto di essa profondamente verso l'organo incriminato e tengo conto se provoco o no dolore.

Tale artificio di tecnica ha per me alto valore. La dolenzia della massa muscolare non coincidente con dolenzia dell'organo mi permette il sospetto di un reumatismo muscolare (tutt'altro che raro) o di una nevralgia indipendente.

Non escludo però che la massa possa essere dolente perchè i nervi divengano sensibili in seguito alla lesione dell'organo profondo o perchè esista una referenza da punti di sensibilità profonda.

Ad ogni modo io trovo subito opportuno l'uso di rimedi semplici e specialmente di preparati salicilici tanto localmente che per os od al caso l'applicazione di un vescicatorio. Più di qualche volta ho ottenuto esito insperato ed il chiarimento di una situazione preoccupante, anche perchè era in discussione un intervento. Anche recentemente doveva essere operata per appendicite una signora. I preparati salicilici hanno fatto scomparire il classico punto di Mac Burney insieme a quello di Lanz.

8. — La ptosi dei visceri in genere, quella dello stomaco e del rene in specie può giustificare la presenza di un punto doloroso. Ho notato che un punto doloroso alla parte media dell'epigastrio che per la sua insistenza aveva fatto diagnosticare un'ulcera gastrica (anche per un reperto radiologico pressochè probativo) scomparve coll'applicazione di una adatta fascia elastica di sostegno.

Collo stesso mezzo ho veduto scomparire un punto doloroso ureterico sopraspinoso che aveva fatto pensare ad una grave lesione renale.

9. — Anche la stipsi cronica può mantenere qualche punto doloroso, perfino a distanza. Gli abituali lassativi poco influiscono e quindi fanno deviare l'attenzione dalla vera causa e sospettare lesioni di qualche altro organo; bisogna che la stipsi sia vinta con metodi razionali, sui quali è impossibile per me dilungarmi qui ed allora si nota la scomparsa del dolore.

10. — Un'alterata funzione del sistema neurovegetativo può provocare la formazione di punti dolorosi vari così da far credere all'interessamento di qualche organo profondo e portare ad interventi inutili se non dannosi.

Si tratta spesso di simpaticotonici; però anche vagotonici possono essere nelle stesse condizioni. Tali ammalati traggono vantaggio da cure speciali, sulle quali mi sono intrattenuto nel 1926 al Congresso di Medicina Interna in Padova, in una comunicazione « *ulteriori osservazioni sulla diagnosi e terapia delle sindromi neuro-vegetative* ».

OSPEDALE DI S. ANTONIO ABATE - PONTREMOLI
Dirett. e Chir. Prim.: Dott. Prof. G. FANTOZZI.

Sopra un segno che facilita la diagnosi di ernia crurale strozzata

pel dott. UMBERTO BUTTINI, assistente onorario.

L'ernia crurale non è sempre facile a diagnosticare, massime nelle donne obese, nelle quali rappresenta un incomodo frequente ed è spesso irreducibile o quasi. La difficoltà diagnostica ha relativa importanza e può essere in un modo o in un altro superata quando la tumefazione femorale è affatto indolente. L'assenza del dolore dimostra che l'ernia, se pure esiste, è libera; ovvero (come accade il più delle volte) è costituita da una massa lipomatosa comprendente un piccolo sacco disabitato. Ma quando il tumore è dolente l'imbarazzo è talvolta grandissimo.

Di fronte alla sola possibilità di uno strozzamento erniario non c'è infatti tempo da perdere, giacchè è notissimo come nonostante la fallace benignità della rimanente sintomatologia il piccolo tumore dolorabile porta con sè nell'ansa, parzialmente o totalmente incamerata, precocissime lesioni distruttive.

È inutile che io ripeta quanto è scritto nei trattati circa le obbietività che possono essere utili per la diagnosi differenziale; dirò che quando è muta la anamnesi (tumefazione antica, di volume modificabile: = ernia) e quando l'inizio (brusco nell'adenite ma non già improvviso come nell'ernia strozzata) è incerto fra l'una e l'altra affezione, non abbiamo nessuna base possibile di giudizio.

La ricerca del peduncolo che si approfonda sotto l'arcata femorale, indizio considerato fra i più importanti che l'esame obiettivo può offrire, non

può bastare: anzi per la dolorabilità e fissità della tumefazione molte volte non è neanche rilevabile.

Sono queste le circostanze in cui i trattatisti sono d'accordo nel dire che la giusta distinzione fra ernia crurale strozzata e tumefazione acuta del ganglio di Cloquet è difficilissima (Taddei, Trattato di Diagnostica Chirurgica), e, siccome sarebbe troppo grave attendere la comparsa dei sintomi riflessi, si consiglia senz'altro (Forgue) di intervenire esplorativamente anche nel dubbio. Ora io ho osservato alcuni casi di questo genere nei quali dal mio primario (Fantozzi) ho visto fare sempre la diagnosi esatta. Egli si valeva di un segno preciso e costante che sarà forse noto ma non trovo riferito da nessun trattato per quanto mi sembri assolutamente prezioso. Questo segno è basato sulla attenta ricerca della sede di dolorabilità in rapporto alla tumefazione. Colla pressione digitale quando si tratta di adenite si provoca un dolore che è più o meno spiccato ma uniforme su tutta la tumefazione e strettamente limitato all'àmbito della tumefazione.

Quando si tratta invece di ernia la dolorabilità sul tumore (specialmente se assai voluminoso) ha un massimo di acuzie sul polo superiore, e inoltre si trova sempre col dito un punto squisitamente doloroso anche fuori della tumefazione, a monte, al disopra dell'arcata, nella regione che all'ingrosso corrisponderebbe dall'addome alla porta erniaria. Ed è logico e anatomicamente esatto che questo dolore esista costantemente e precocemente. Infatti le turbe indotte dallo strozzamento erniario, anche se soltanto circolatorie, si rifletteranno prima di tutto e sopra tutto sull'infossamento peritoneale e sui visceri (intestino pizzicottato parietalmente, briglie d'omento, ecc.) interessati nell'ernia. Il controllo delle condizioni di sofferenza sarà più facile e più evidente dalla parte dell'addome, il quale rappresenta la sede di irradiazione del dolore e dei disturbi, che non dalla parte della coscia ove il dito esplorante che comprime il tumore crurale è per di più tenuto lontano dal sacco erniario (e suo contenuto) da quelle ricche masse lipomatose che esistono quasi come una regola. Credo anzi che questa sia la vera ragione della abituale poca chiarezza dei sintomi obiettivi presentati dall'ernia crurale.

Il segno che io metto in evidenza è utile non solo nei riguardi dell'ernia crurale, può servire anche in certi casi di diagnosi differenziali non comuni nè semplici fra ernie inguinali strozzate ed affezioni varie della sfera inguino-scrotale. (Orchiti in testicolo ectopico, torsione del testicolo, flogosi di vecchio sacco per compressione da cattivo cinto, flebite in gozzi di varicocele, flogosi sviluppate in cisti del cordone o del canale di Nuck ecc.).

In un mio precedente lavoro (Buttini, « Sulla Torsione intravaginale del testicolo ». Spezia, Tip. Argiroffo, 1926) ho insistito infatti sull'importanza che questa dolorabilità con i caratteri descritti (più spiccata al polo superiore e dimostrabile anche in un punto verso l'addome, nettamente al di fuori dell'ambito della esplorata tumefazione) può avere se presente o mancante per la diagnosi differenziale nei casi incerti di torsione intravaginale del testicolo.

PROLUSIONI.

Il compito, i limiti e il metodo della Patologia speciale nel formare la cultura chirurgica del futuro professionista.

Prelezione all'anno accademico 1927-28.

Prof. GINO BAGGIO,
titolare di Patologia chirurgica
nella R. Università di Cagliari.

Un giovane Professore di Patologia generale al quale accennavo, tempo addietro, il mio recente proposito di compendiare la materia di Patologia chirurgica secondo una distribuzione alquanto diversa dalla usuale, rispondeva, con parole che traducevano — a loro volta — un maturato giudizio: certo che una buona distribuzione della materia è di grande aiuto per l'insegnamento.

Riprendendo quella conversazione, io aggiungo ora e per dividerla la materia d'insegnamento, bisogna stabilire prima dove cominci e dove finisca.

Sembra un bisticcio ma è una verità palmare. Niente di più difficile che trovare in due corsi universitarii paralleli, non dico lo stesso indirizzo scientifico, ma la stessa concezione di programma.

È vero che all'insegnamento universitario non si può chiedere di più che la preparazione allo studio per la vita. Ma quando trattisi di una vita professionale, dovrà ben comprendere le nozioni fondamentali che negli svariati casi della pratica hanno applicazione costante! E se un medico non l'avrà appreso a Scuola che la determinata malattia è sostenuta da quel dato microrganismo e che, per avere questo le note proprietà ambientali diffusive e patogenetiche, è efficacemente combattibile in una data maniera e non in un'altra, quanta fatica non gli costerà l'apprendersele poi da sè, tra le difficoltà della pratica? E quanto danno potranno subirne i suoi affidati per tale ritardo di apprendimento!

Anche a questo proposito, non iscandalizzatevi, cortesi uditori, di tanto mio pessimismo; perchè è proprio così. In un corso che anche ufficialmente si può ridurre a 50 lezioni e che spesse volte — per cause estranee alla buona volontà di chi insegna o di chi va a Scuola — ne conta molte meno, una parte del programma — sia pure congegnato organicamente — deve essere sacrificata. Tanto più facilmente la si sacrifica in quei corsi che sono di preparazione diretta ad altri successivi. Ciò che non ho potuto fare io lo farà il mio Collega, dice l'insegnante: quel Collega che alla materia del mio corso deve in ogni caso riferirsi per svolgere il suo.

Ma non è la stessa cosa, Voi comprendete, ricordare, ad esempio, nella illustrazione del flemmone, che esso è sostenuto, il più delle volte, da stafilococchi, che altre volte, misti agli stafilo- vi si trovano degli strepto-cocchi e che i suoi abituali caratteri clinici si mutano fino a tanto da rispondere alla presenza di gas quando, oltre ai piogeni si trovino fra i suoi germi causali degli anaerobii o degli altri aerobii gassogeni. Non è la stessa cosa — dico — ricordare semplicemente questo e premettere invece che cosa sia uno stafilococco, che cosa una streptococco, perchè siano germi piogeni, quali altri germi agiscano come questi da piogeni, che differenza passi tra ae- ed anaerobii, quali varietà di questi si conoscano, donde la loro provenienza, quale la loro azione.

Se nelle mie lezioni io mi limito ad accennare a questi nomi ed a questi particolari e voi non li avete già appresi, ecco stabilite le condizioni che ho richiamato prima, di chi deve poi far da sè e a spese degli altri che gli chiedono invece soccorso.

E se io, per colmare la deficienza, mi soffermo a farvi della batteriologia e trascuro le alterazioni anatomiche e la sintomatologia che sono guida alla diagnosi per la cura, vi mando a chi vi chiederà di riconoscere un flemmone, senza che voi sappiate che cosa esso sia.

E se, per completarvi a questo modo il capitolo sulle infezioni, trascuro di dirvi che cosa sia un'ernia, quale la sua costituzione anatomica, quali i suoi sintomi e le possibilità delle sue complicazioni a seconda della sua sede e della sua varietà (perchè il tempo è quello e non di più) obbligherò a insegnarvi Patologia il Clinico che deve insegnarvi invece a diagnosticare e a curare.

Egualmente sarebbe incompleto il mio insegnamento sui flemmoni — pure comprendendo etiologia, anatomia patologica e sintomatologia — se, dopo avervi detto che cosa è clinicamente il flemmone, non vi dicessi: oltre ai caratteri generali che ora conoscete, il flemmone della mano ha questi caratteri particolari e il flemmone del collo ha questi altri, che sono diversi dai primi, anzi: al collo stesso vi sono varietà multiple di localizzazioni flemmonose, ciascuna delle quali ha questa diversa origine e questi sintomi propri.

Aggiungete, Signori, che si danno dei casi di programmi incompleti e ripetuti. Insegna batteriologia il Patologo generale o l'Igienista e la ripete per la sua parte il Patologo chirurgo. In tal caso il sacrificio di programma è tanto più doloroso in quanto aggravato da perditempo!

Ho accennato a rapporti fra Patologia generale e Patologia chirurgica.

La prima difficoltà di precisarli è data dalla vastità dei confini della Patologia generale. Ma una seconda — e non meno importante — consiste nel fatto che le Patologie speciali sono per se stesse intese in modo molto indeterminato: con grande confusione (e danno, mi permetto di aggiungere) della complessiva preparazione medico-chirurgica.

Che bisogno c'è delle Patologie speciali (mi chiedeva un altro Collega, Clinico, durante un'altra di quelle conversazioni amichevoli che tanto giovano ad approfondire spregiudicatamente delle questioni le quali cattedraticamente sono soffocate invece dagli interessi di persone e di principio o di cosidetta tattica accademica) che bisogno c'è delle Patologie speciali quando la lezione di clinica è tutta una lezione di Patologia?

D'altra parte mi sovviene la lettura di una « lezione di Patologia medica » la quale cominciava con le iniziali del malato e terminava con l'epicrisi.

No — Colleghi miei cari: amici o non amici, noto o ignoto che io vi sia. Sopprimete pure, se vi pare, i corsi delle Patologie speciali, intendendo che il Clinico possa e debba insegnare Clinica e Patologia: ma mettetevi bene in mente che la Patologia è Patologia e la Clinica è Clinica.

Ed è proprio Patologia speciale medica quella che dovrà insegnare il Clinico medico, Patologia speciale chirurgica quella che dovrà insegnare il Clinico chirurgo se vogliono sopprimerne i rispettivi insegnamenti separati dalle cliniche.

Non è dalla Patologia generale nè dall'Anatomia patologica che essi potranno salire direttamente alla illustrazione del malato di cui si servono allo scopo di insegnare per quali vie si giunga alla diagnosi e come si curi.

È vero che il mio cordiale nemico delle patologie era un Clinico di specialità e che nelle specialità, per la limitazione della materia è più facile assolvere al duplice compito della patologia e della clinica, ma non s'accorgeva egli che, mentre illustra nella sua lezione la malattia di

cui il suo malato è affetto fa soltanto della patologia e che la parte di clinica svolge soltanto quando dica *perchè* il suo malato ha quella malattia di cui parla.

E se voi Patologo speciale mi raccontate che il tal dei tali ha questo passato patologico e presenta questi sintomi i quali depongono per quella determinata malattia che si cura a questo modo e di cui voi avete controllato la diagnosi dall'esito della cura stessa, io Vi domando: di grazia, che ci sta a fare il Clinico della Vostra Facoltà? Dite che questa conta una duplice clinica non una Patologia speciale ed una Clinica.

In un programma bene aggiustato, di studi concatenati ed integrantisi, un Corso comincia dove l'altro finisce: senza lacune, senza ripetizioni, con le necessarie critiche riassuntive, con gli opportuni richiami e le nuove trattazioni.

In un congruo programma per Medicina e Chirurgia, il Patologo chirurgo circoscrive dapprima l'opera sua al genere delle malattie che deve trattare.

Questa cernita degli argomenti di trattazione implica già un criterio discriminativo non trascurabile, perchè i campi d'azione rispettivi del chirurgo e del medico si confondono e si sovrappongono. Ieri il medico teneva esclusivamente per sè il malato di ulcera gastrica, e il calcoloso delle vie biliari che avesse sorpassato l'accesso colico si limitava a mandarlo alle stazioni idroterapiche. Oggi, quando veda che le sofferenze del primo non cessano dopo un certo tempo di opportuno trattamento dietetico e medicamentoso o che gli si ripetono le ematemesi e le melene, e quando si sia persuaso che, nonostante le periodiche disciplinate somministrazioni delle acque minerali e le prescrizioni del vitto, le coliche del secondo persistono e si aggravano con temperature febbrili e con risentimenti locali dell'addome, se egli è avveduto ed ha una istruzione moderna, in questi casi almeno li manda tutti e due i suoi malati al chirurgo. Vi sono ancora dei rinomati medici che si covano (per così dire) il loro appendicitico fino a quando non abbia i segni dell'incipiente peritonite; ma è vero che ciò non è più comune tra medici giovani i quali fin dai banchi della Scuola abbiano appreso le funeste conseguenze di tale procrastinare e sanno le responsabilità che si assumono o per lo meno il danno professionale che possono avere dal condurre da soli la cura di tali malati anzichè chiedere subito il giudizio ed eventualmente l'opera del Collega chirurgo.

Il Patologo chirurgo ha dunque da svolgere un programma che effettivamente va sempre più accrescendosi, ma se lo dovesse stabilire in base all'elenco puro e semplice delle malattie che il chirurgo cura, ingloberebbe anche ciò che altrettanto effettivamente esorbita invece dal suo campo di insegnamento e per cui basteranno allo stesso chirurgo le nozioni di Patologia apprese dal Patologo medico.

Poichè — disgraziatamente — un certo numero di interventi è seguito da complicazioni bronco-polmonari o perchè nella tubercolosi polmonare si ottengono dei buoni risultati dalla toraco-plastica, si potrà chiedere che il Patologo chirurgo illustri allo studente la bronchite, la polmonite, la tisi del polmone?

E, supposto che i tentativi già eseguiti di modificare operatoriamente una stenosi della mitrale trovino fondamento e praticità di applicazione come l'ha trovati l'embolectomia, potrà pensare il chirurgo a trattare nelle sue lezioni i vizi di cuore e l'arterio-sclerosi?

Sulle stesse malattie del sangue egli dovrebbe allora diffondersi, posto che il medico gli chiede di praticare delle trasfusioni sanguigne per anemie croniche e che un ittero emolitico, una porpora emorragica, possono, in determinate condizioni causali, essere migliorate e guarite da una tempestiva splenectomia, come lo è un Banti!

La cultura del futuro chirurgo si fa, non tanto assicurandogli la conoscenza delle malattie chirurgiche, quanto facendogli vedere la Patologia con l'*occhio del chirurgo*: quell'occhio che il Patologo deve sapere aprire anche nel futuro medico, anzi più in questo che nel futuro chirurgo: perchè questo, che vi ha attitudine ed amore, vedrà poi da sè, quello: o si esercita a vedere finchè ha la mente agile e nuova o non vi vedrà più.

Il programma di Patologia chirurgica si formerà sulla base delle malattie per le quali la cura chirurgica è l'unica cura: quelle malattie, gran parte delle quali costituisce la cosidetta Patologia esterna, ma che in parte formano pure la Patologia viscerale: ne sono esempio le occlusioni, le suppurazioni viscerali, i tumori cavitari. Comprenderà inoltre le affezioni per le quali l'opera del chirurgo offre l'unica possibilità di cura radicale, ma non l'unico mezzo di giovamento; e in questa parte del programma sembrami ovvio dare la preferenza a malattie che possano assumere improvvisamente i caratteri dell'urgenza (come è nel caso dell'appendicite) per subordinare il resto alla disponibilità del tempo. Di questo resto dovrebbe occuparsi senz'altro il Patologo medico: in ogni caso non mancherà la possibilità di supplire coi richiami che ne faranno i Clinici.

Nonostante le assennate restrizioni, bisogna convenire che il lavoro da compiere è abbondante e difficile. Ma sarebbe ancora piana im-

presa se, una volta stabilito il programma nel genere delle malattie da insegnare, non rimanesse la possibilità delle discrepanze cui accennavo prima riguardo all'interpretazione che il Patologo speciale deve dare al proprio insegnamento: quella interpretazione per la quale il suo sia un corso di *pura Patologia* e di Patologia *speciale*: diversa dunque dalla Patologia generale e dall'Anatomia patologica.

Il mio concetto a tale proposito risulta già abbastanza chiaro da quanto ho detto e volendo aggiungere dell'altro dovrei presso a poco ripetere quello che ho espresso in passate occasioni. Ma mi ripeto volentieri, perchè questo è forse il punto più oscuro dell'argomento che ho preso a svolgere.

Quando sia detto (con le parole che ho usato poco prima) « insegnare a conoscere la malattia » può essere detto tutto: perchè la malattia non è il malato, perchè non è la malattia la causa che la determina, come non lo è il pezzo anatomico che porta le traccie organiche delle avvenute alterazioni, e perchè è facile comprendere che ciò che manca ancora oltre la causa, oltre le alterazioni anatomiche, è l'illustrazione dei sintomi che si presentano in vita, ricercati nel loro inizio, seguiti nella loro evoluzione, riassunti nell'esito della malattia stessa.

Non era giustificata allora l'ironia con cui il giovane Patologo generale diceva nella nostra conversazione che spesso le Patologie speciali si formano aggiungendo all'Anatomia patologica i sintomi clinici! Ma egli ben faceva risaltare con ciò che diverso è l'aggiungere dal fondere ed immedesimare.

Oggi l'Anatomo-patologo non si limita alla sezione e nemmeno alla pura illustrazione anatomica delle alterazioni che riscontra. Ne ricerca le cause, dice del meccanismo col quale hanno agito e — a seconda del suo abito di studioso — aggiunge più o meno anche dei sintomi che devono essersi presentati o commenta, sul controllo del reperto, quelli che il Clinico gli ha letto dalla sua storia.

Ma fa con ciò della Patologia speciale?

Per niente affatto. A parte la considerazione che in certe malattie non si riscontra, sul cadavere, che ben poco o nulla delle alterazioni constatabili in vivo (che ci può dire di un'ernia — se pur giunga al tavolo anatomico — l'estroflessione del peritoneo dimostrabile dall'interno della cavità addominale? Ci dirà della disposizione dei tessuti: che lo stesso patologo chirurgo pone a base fondamentale delle sue trattazioni e che anche nel significato anatomico si può studiare all'operazione meglio che all'autopsia. Ma può dirci della tumefazione che ne consegue, della facilità o meno con la quale la tumefazione appare e scompare, dei fenomeni che accompagnano queste modificazioni della tumefazione erniaria, della eventuale impossibilità di contenerla, ecc.? E che cosa possiamo capire del grado di una ptosi gastrica per vedere lo stomaco a ventre aperto in un cadavere quasi congelato, o di un piede paralitico, di una safena varicosa e di altre affezioni simili studiate sul cadavere?); a parte — dico — la differenza con la quale le stesse alterazioni organiche si presentano nel cadavere e nel vivo, le alterazioni funzionali si potranno *arguire* all'autopsia, ma non illustrare: a quel modo nel quale il Patologo speciale richiama alla mente le alterazioni studiate dall'Anatomopatologo senza per ciò fare dell'Anatomia patologica. Anzi: egli ha un vantaggio a questo riguardo (e non intendo con ciò di istituire raffronti sull'importanza dei relativi insegnamenti) egli ha un vantaggio in questo: che moltissime volte può presentare ai suoi Studenti, per esemplificazioni o a controllo delle ricordate alterazioni anatomiche, pezzi o tessuti da lui asportati con l'intervento curativo.

Le alterazioni funzionali — che integrano, con le alterazioni organiche e coi sintomi subiettivi, il quadro morboso — sono al pari di questi ultimi — soltanto del malato e come questi e come quelle devono essere fatte argomento di lezione con malato, anzi: con malati, da chi sui malati studia.

Ciò equivale a dire che l'insegnamento della Patologia speciale è un insegnamento eminentemente clinico. Non insegnamento *di clinica*, ma *di natura clinica*.

Impossessatosi delle nozioni sugli agenti che il Patologo generale ha insegnato essere causa delle malattie infettive, vedendo in vivo anche attraverso l'integrità della superficie le alterazioni profonde che l'Anatomo patologo dimostra all'autopsia di un carbonchioso, il Patologo chirurgo fa vedere allo Studente la pustola emorragica sull'avambraccio di un macellaio: pustola circondata da un alone rosso eccentricamente al quale la cute si mantiene edematosa ancora per grande estensione; e poi si possono vedere delle strie linfangitiche o, anche senza queste, si trova che i gangli linfatici della stazione prossimiore sono in preda a linfoadenite. Non è una coincidenza che il malato faccia il macellaio. Tre, quattro, cinque, otto giorni prima egli ha macellato una bovina che egli stesso ha poi riconosciuta affetta da carbonchio o l'ha dimostrato il veterinario in base alla grossa milza, molle spappolabile nera come un mastodontico grumo di sangue piceo, in base al colore nero del sangue che fluiva anche dagli altri organi, alle ulcera-

zioni che si trovarono sull'intestino e infine per il riconoscimento dei bacilli specifici. Eguali bacilli sono quelli che, se si va a ricercare, si possono riconoscere nel liquido o nel fondo della pustola del malato. Ma bacilli carbonchiosi si trovano anche nel sangue e non soltanto nei pressi della pustola, ma a distanza. Eppure il malato non dà segni di risentimento generale e di localizzazioni viscerali. La sua è una batteriemia: differente dalla setticemia. Ma può diventare setticemia in seguito. Dunque: il carbonchio ha una forma cutanea di manifestazione e può averne una viscerale, che sarà gastro-enterica o polmonare, a seconda della via per la quale il bacillo sia entrato nell'organismo, e che di solito finisce con setticemia e morte mentre la forma cutanea limitata a tale ha un decorso più benigno.

Tutto ciò il Patologo chirurgo può dire allo Studente e dimostrare sul malato: il malato che raramente si dimentica, specie da chi ne ha visti ancora pochi.

Gli stessi particolari può aver detto allo Studente il Patologo generale o l'Anatomo patologo: per completare il capitolo sul bacillo del carbonchio il primo, a seguito dell'illustrazione della setticemia carbonchiosa il secondo. Ma l'uno e l'altro in forma subordinata e... *a parole*. I particolari sull'inizio, sul meccanismo di contagio, sul decorso, sullo stato presente dell'infezione non potevano essere appresi direttamente che dal e sul malato.

Così gli insegnamenti si compenetrano a vicenda, le nozioni si integrano e si rafforzano. Domani il Clinico chirurgo, accanto alla pustola maligna farà vedere, garantito dalle debite misure precauzionali, un foruncolo, un favo, uno scrofulo-derma, un'ulcera gommosa, raffrontandone e mettendone in rilievo i relativi caratteri fondamentali, differenziali, dicendone la diversa entità patologica, prognosticandone l'esito e facendone o consigliandone le singole cure. E il neo-dottore affronterà le incognite della pratica isolata, con una certa fiducia in sè: che è metà del requisito necessario per riuscire.

Ho portato un esempio elementare: vorrei dire banale, l'esempio di uno di quegli insegnamenti che pur troppo spesso si trascurano sebbene siano gran parte della vita professionale quotidiana. Non vi sarà difficile — o Signori — assurgere da esso alla generalizzazione. La quale vi dirà l'intima armonia che è necessario stabilire e nello stesso tempo l'individualità che è necessario conservare ai vari insegnamenti delle nostre discipline perchè rispondano allo scopo. Questo è di vario genere: formare il nuovo medico chirurgo, mantenere la continuità della Scuola assicurando il futuro insegnante, continuare il progresso delle Scienze. Ma, per quanto ciascuno di essi scopi sia diversamente complesso, unico è l'indirizzo della singola disciplina che li coltiva.

Nella sua individualità e nell'armonia con gli altri insegnamenti, la Patologia chirurgica si origina e si nutre nel laboratorio e nelle sale di dissezione, cresce e prospera nelle corsie dei malati. Insegna come e perchè le varie cause morbose (di cui accerta la natura) agiscano sull'uomo; nelle alterazioni anatomiche (che conosce) posa il fondamento del quadro sintomatologico che raccoglie; da esso risale alla ricerca di nuove cause, alla constatazione di nuove lesioni quando il quadro muti o tale si presenti che ad esso non corrispondano le acquisite conoscenze. In altre parole: studia l'etiologia delle malattie umane approfondendone in particolar modo la parte applicata, segue e controlla lo sviluppo anatomico delle lesioni che ne derivano, cerca e riassume le manifestazioni cliniche.

Si arresta alla entità malattia. Di essa traccia le grandi linee e fa vedere fin che può le sfumature; ma presentandole come particolari dell'unità separata e distinta. Non scende a ricercare dove i contorni di un quadro tocchino quelli di un altro e a che punto e perchè i due si differenzino.

Perciò si serve del malato a dimostrare praticamente quello che ormai è dottrina acquisita.

Il malato è sempre campo di indagine nuova, ma se il Patologo se ne servisse invece a Scuola per assurgere dalla sintomatologia alla diagnosi, invaderebbe il campo del clinico.

E se il malato deve servire come esempio vivente di ciò che si vuole dimostrare, spesse volte uno non basta, ma ce ne vorrebbero più di uno: a riassumere e specificare le singole varietà.

*
* *

A questo proposito le cose devono essere intese con l'equilibrio di chi mira al principio e si interessa *soltanto* del prestigio della Scuola, non di quello dell'insegnante.

Come non si può pretendere, per questa utilità di molto materiale dimostrativo, che la Patologia si accresca a spese di altri insegnamenti, e dove i malati difettano si potrebbe anche sopperire a certe necessità con l'utilizzazione comune dei malati stessi, così non penso nemmeno che ci sia chi voglia dimenticare che il malato fa parte integrante — anzi essenziale — della dotazione clinica da assegnarsi al Patologo. Malato affidato al Patologo per la cura a quel modo stesso nel quale è affidato al clinico: malato che gli permetta di svolgere, di completare la sua cultura e

di seguire l'evoluzione del suo indirizzo didattico.

Interposta così alle Scienze biologiche ed anatomiche da una parte, alle applicazioni cliniche dall'altra, la Patologia speciale è la Scuola *alla Clinica*: per la Clinica prepara gli Studenti, per la Clinica prepara gli Insegnanti.

Che vale — di contro a queste riflessioni, tanto semplici da essere giudicate ovvie (ma pochi ci si soffermano o se lo fanno le mettono in disparte perchè incomode) — che vale l'obiezione che ci sono istituti i quali da anni dispongono di sei letti per la Scuola di Patologia chirurgica e che — non è molto tempo — le Patologie erano tutte in queste condizioni se pure non mancavano anche dell'apparenza della dotazione clinica?

Io parlo per chi vuol sentire e mi riferisco alle finalità della Scuola, non alle possibilità dei bilanci. Ad altri spetta far questo e il suo giusto equilibrio, la reale visione che egli deve avere dei bisogni e delle aspirazioni della Società gli permetteranno di contemperare al massimo grado risorse e miraggi. Un concetto — però — egli abbia presente ogni qual volta si agitano i problemi della Scuola. Ed è che dalla Scuola tutto deriva.

*
* *

Onoratissimo già di essere giunto alla Cattedra, ma sempre animato — per quanto modestamente — dall'aspirazione che, se l'opera mia può essere utile, si svolga un giorno nella Clinica Chirurgica, sono persuaso e, comunque, mi auguro di conservare sempre la persuasione e di continuare a far comprendere ad altri che, intesa nel modo che a me sembra razionale e chiaro, la Patologia speciale è materia di capitale importanza nell'insegnamento medico-chirurgico e che il suo Titolare non dovrebbe mancare in nessuna Università.

SUNTI E RASSEGNE.

INFEZIONI.

Infezione da « Bacillus abortus » Bang.

(VEILCHENBLAU, *Munchn. Med. Woch.*, n. 40, 1927).

L'infezione da batterio di Bang si osserva, per quanto raramente, anche nell'uomo. Di solito si tratta di malattia professionale presa da veterinarii che hanno svuotato l'utero di vacche dopo un aborto. Il bacillo di Bang trova ottime condizioni di vita nell'utero della vacca gravida. Poco dopo l'aborto esso sparisce dall'utero; però gli animali infettati dal bacillo di Bang continuano in molti casi (40 %) ad emettere bacilli per molto tempo, fino a sette anni (per quanto intermittentemente). Il bacillo vive bene anche nelle glandole mammarie; lo si trovò nel latte nel 32 % dei campioni del latte del commercio di Dresda. La malattia è rara nell'uomo se si pensa alla grande frequenza dei casi in cui i veterinari svuotano l'utero di vacche che hanno abortito. È probabile che perchè l'infezione determini la malattia sia necessario che le forze di resistenza dell'organismo vengano depresse. La curva termica nei casi non trattati decorre in forma di una remittente di parecchie settimane: accessi febbrili della durata di giorni o settimane si alternano spesso con periodi afebbrili che possono far supporre una guarigione. Durante i periodi accessuali la febbre ha spesso carattere settico, essa può talvolta per un certo tempo decorrere alta continua. In contrasto con la temperatura il polso non è molto accelerato, esso può non superare le cento pulsazioni mentre la febbre raggiunge i 40°. Nel sangue si osserva una linfocitosi relativa, mentre il numero dei leucociti non è aumentato. La diagnosi può essere difficile di fronte al paratifo A e alla febbre di Malta. È importante l'anamnesi (cura di un aborto vaccino). Il siero degli ammalati agglutina il bacillo al titolo di almeno 1 su 100. Anche la deviazione del complemento riesce positiva (inibizione dell'emolisi con meno di 0,1). La febbre di Malta determina manifestazioni morbose diverse: parestesie, dolori articolari, dolori agli arti. L'agente della febbre di Malta è molto affine al bacillo di Bang. Si tratta però di due germi diversi. L'affinità dei germi è dimostrata dal fatto che ammalati dell'infezione di Bang agglutinano l'uno e l'altro ceppo allo stesso titolo; però gli ammalati di febbre melitense agglutinano a titolo più alto il ceppo corrispondente.

Sono riferiti 4 casi d'infezione da bacillo di Bang nell'uomo. Erano quattro veterinari che avevano curato degli aborti vaccini. Quasi sempre

una causa deprimente le forze di resistenza dell'organismo aveva preceduto la malattia: bronchite, lussazione dell'omero, malattia intestinale. L'inizio della malattia era subdolo, i sintomi soggettivi vaghi: brividi, stanchezza, pesantezza degli arti. Guarigione dopo remissioni e riprese febbrili.

Buoni risultati terapeutici si ottennero da iniezioni di preparati di argento e iniezioni endovenose di tripaflavina. In alcuni casi si iniettò del vaccino misto (bacillo Bang e melitense). Nei casi lievi iniezioni di omnadina danno buoni risultati. Nelle recidive lievi l'A. usò iniezioni endomuscolari di un miscuglio di jodio, mentolo, canfora, olio di eucalipto ed olio di ricino.

(Ricordiamo che il problema è stato oggetto di molti studi in Italia, auspici G. Ficai e A. Alessandrini).

POLLITZER.

Le suppurazioni da bac. di Pfeiffer.

(*Presse Médicale*, 3 marzo 1928).

Il numero dei casi di suppurazione da bac. di Pfeiffer sarebbe certamente maggiore, se molti di essi non passassero inavvertiti per l'impossibilità di coltivare questo bacillo nei comuni terreni di cultura. È noto difatti come esso non si sviluppi altro che su terreni contenenti degli ormoni d'origine sanguigna. (Legroux e Agulkon hanno dimostrato la scarsa importanza che ha l'emoglobina). Anzi si può dire che questo carattere culturale sia l'unico criterio diagnostico sicuro: poichè poco ci si può basare sulla morfologia del bacillo stesso, estremamente variabile. Sono state infatti descritte forme corte e fini, forme a bastoncino con spazio chiaro centrale e colorazione bipolare, forme lunghissime, forme a pera, ecc.

Il terreno di cultura elettivo è facilissimo a preparare: basta aggiungere V o X gocce di estratto globulare ad un tubo di agar fuso, e far solidificare.

L'estratto globulare si può avere dall'Istituto Pasteur di Parigi. In questo terreno le colonie di bac. di Pfeiffer appaiono, dopo 24 ore, come teste di spillo, rotondeggianti, larghe circa 1 mm., bluastre, e iridescenti. Nel caso di una colonia sospetta, basta un contemporaneo inseminensamento di essa in un altro agar-estratto globulare, e in agar semplice: l'assenza di sviluppo in quest'ultimo dirà che si tratta del bac. di Pfeiffer.

Questo microrganismo è un ospite normale delle vie aeree superiori: ed è particolarmente abbondante nei bambini, in corrispondenza delle tonsille. Pfeiffer gli aveva attribuito un valore specifico nell'etiologia dell'influenza: avendolo trovato abbondantissimo nell'espettorato, durante le prime ore di malattia. Poi l'espettorato viene invaso rapidamente da altri germi (Streptococco, Pneumococco, Stafilococco, bac. di Friedländer, ecc.).

Nella bronco-polmonite il bac. di Pfeiffer esercita una parte molto importante: la bronchite capillare, che precede ogni broncopolmonite, è dovuta alla moltiplicazione di esso: anzi gli AA. non esitano ad affermare che esso sta alla bronco-polmonite come il pneumococco alla polmonite. Soltanto quando il focolaio di bronco-polmonite è costituito, allora quelli che si trovano più facilmente sono i comuni germi della suppurazione, e solo di rado si osserva qualche ammasso di bac. di Pfeiffer.

Così anche nelle pleuriti purulente consecutive a bronco-polmonite, si può con le culture metterlo in evidenza nell'essudato.

Nel corso di queste infezioni il bac. di Pfeiffer si può anche ritrovare nel sangue, in genere associato ad altri batteri, solo di rado puro.

A lato dell'apparato respiratorio, primeggiano per frequenza le localizzazioni sulle meningi e nel liquido cefalo-rachidiano, che il bac. di Pfeiffer predilige in modo particolare. Specie fra i lattanti, la meningite da bac. di Pfeiffer è più frequente che non si creda: Cohen ne fa un'entità morbosa chiamandola: « meningite cerebrospinale setticemica » e descrive un suo bacillo, che però non si discosta che assai di poco dal classico bac. di Pfeiffer.

Gli AA. si augurano che vengano sistematicamente eseguite semine del liquido cefalo-rachidiano in terreni al sangue nei casi di meningite: e affermano che così sarà possibile mettere in chiaro l'etiologia di alcune meningiti, spesso a torto definite o meningiti purulente asettiche, o meningiti tubercolari, o meningiti sierose.

Spesso il bac. di Pfeiffer non si localizza, bensì produce una vera batteriemia; o, favorito dallo stato setticemico, invade altri apparati (artriti, sinusiti, otiti, endocarditi, ecc.).

Durante le infezioni da bac. di Pfeiffer, il sangue mostra una leucocitosi intensa (20.000-50.000).

Le meningiti si verificano quasi esclusivamente nel lattante o nel bambino: ed hanno prognosi infausta, sopratutto nei soggetti al disotto di 2 anni. Casi di localizzazione meningea negli adulti o nei vecchi sono estremamente rari: le meningi degli adulti sopporterebbero bene la presenza del bac. di Pfeiffer.

La terapia di queste forme meningee è quasi negativa, per il fallimento completo della sieroterapia e della batterio-terapia. Quest'ultima tuttavia può esser tentata nelle forme a decorso piuttosto lento.

M. SABATUCCI.

SISTEMA NERVOSO.

La cura delle sindromi dolorose e la ramicotomia cervicale.

(G. ICHOK: *Archives de med. cir. y espec.*, 1927, num. 14).

Leriche ha cercato di dimostrare il valore della sezione dei rami comunicanti cervicali nella chirurgia del dolore.

I rami comunicanti sono rami grigi ad eccezione del ramo del primo dorsale che forse contiene fibre bianche; numerosi fatti fanno pensare che si tratta di connessioni centripete, però allo stato attuale delle nostre conoscenze sopra il simpatico nervo motore, dobbiamo dire che sono specialmente miste. Leriche e Fontaine hanno studiato tale questione nell'uomo con l'isolamento, la elettrizzazione, la sezione dei rami: in generale si è visto che la ramisezione non si ripercuote sopra il sistema muscolare, non vi è diminuzione di forza, non vi è atrofia. Più imponenti sono i fenomeni vasomotori post-operatori: fase di ipertensione, fase di vasodilatazione da considerarsi non fenomeni paralitici, ma fenomeni attivi e poichè sono bilaterali e fugaci impongono l'idea di una azione sopra gli elementi sensitivi per sezione delle fibre centrifughe. Si modifica la crasi sanguigna con aumento delle emazie e leucocitosi neutrofila; la sezione del 1° comunicante dorsale dà costantemente fenomeni oculopupillari, la ramisezione cervicale abitualmente fenomeni faringo-laringei, secchezza della gola, alterazioni del timbro della voce, iperemie ed edema della narice, faringe, laringe dal lato operato, probabilmente fenomeni di vicinanza a carico del ganglio stellato e della catena cervicale bassa. Ne viene che i rami comunicanti cervicali soltanto contengono fibre centripete: senza dubbio fibre di associazione che coordinano le azioni vasomotorie periferiche alle necessità organiche generali ed all'azione della vita di relazione ed in caso anche alle fibre conduttrici delle anestesie profonde: per tal fatto è giustificata la ramisezione nelle sindromi dolorose.

Come tecnica operatoria si ha per oggetto principale la scoperta del ganglio stellato al quale si giunge con la guida non del cordone del simpatico ma dell'arteria vertebrale. Nella condotta operatoria bisogna tener presenti i particolari anatomici appartenenti al ganglio stellato, al ganglio intermedio, alla vena vertebrale, ai legamenti sospensori della pleura, al canale toracico. Giunti al ganglio stellato si sezionano uno per uno i rami comunicanti e si mobilizza il ganglio. Leriche ammette doversi preferire il termocauterio al bisturi per evitare la formazione di neuromi di cicatrizzazione.

Quali sono stati i risultati nelle infermità dolorose?

Nell'angina di petto, quando la causa che provoca la eccitazione riflessa dolorosa non è un disordine anatomico permanente od esteso, Leriche ha ottenuto i seguenti risultati su 4 operati: uno guarì completamente, in un secondo si ebbe scomparsa delle crisi per 6 mesi, di poi operato nuovamente togliendo il ganglio cervicale superiore, guarì completamente. Un terzo operato di ramicotomia bassa con sezione del nervo vertebrale e della catena soprastellata, da 8 mesi non ha più crisi anginose. Un quarto operato presenta tuttora di quando in quando crisi con dolore.

La utilità della ramicotomia è netta nelle algie irradianti traumatiche o no: in tre casi di dolori che avevano resistito anche alla simpatectomia periarteriosa, ad amputazioni, si ebbe la scomparsa dei dolori e della ipertonia.

La ramicotomia è egualmente utile nei dolori dei monconi d'amputazione; 4 volte eseguita a carico dell'arto superiore, si ebbero 4 guarigioni.

In tutti questi infermi come in genere in tutti i simpaticalgici è importante l'intervento precoce o l'esecuzione in un sol tempo.

MONTELEONE.

La simpaticectomia periarteriosa nei congelamenti.

(SIMEONI. *Annali Ital. di Chirurgia*, Anno VI, fascicolo II).

Dopo avere l'A. esposte sommariamente delle lesioni causate dal freddo sui tessuti, riproduce la letteratura di coloro che sperimentalmente produssero tali lesioni. Ne discute i vari metodi e si sofferma in principal modo sull'argomento del suo lavoro.

Oltre gli effetti del congelamento era all'A. intento di acclarare: 1° se la simpaticectomia era in grado di modificare le lesioni derivate dal raffreddamento e comunque stabilitesi in modo definitivo; 2° se la simpaticectomia eseguita 24 ore dopo il congelamento era in grado di arrestarne gli effetti; 3° se la simpaticectomia fatta prima sull'arto sano e poi su quello omologo aveva influenza più o meno decisiva sulle lesioni in parola. Riunisce pertanto l'A. i suoi esperimenti in 3 gruppi che rispondono ai quesiti dianzi proposti. Come animale da esperimento si serve del cane. Dalle sue esperienze l'A. ne trae i seguenti risultati: 1) La simpaticectomia periarteriosa nelle lesioni gravi da freddo non ha alcun effetto. Talvolta però i

processi ulcerativi si modificano favorevolmente; il beneficio risulta temporaneo perchè la lesione distruttiva riprende il sopravvento determinando alterazioni sempre più gravi. Nelle lesioni meno gravi, specie quando tardano a comparire, e si manifestano sotto forma di perdite di sostanza non molto profonda, la simpaticectomia ne agevolerebbe la riparazione. 2) La simpaticectomia, nel medesimo modo che non è capace di modificare, sì similmente non ritarda la evoluzione dei processi gravi da congelamento. 3) La simpaticectomia fatta sul lato sano non arresta nè migliora nè ritarda i processi distruttivi che si verificano nel lato opposto; questo ne risente il beneficio solo quando la simpaticectomia è praticata sul lato inficiato e quando non sono gravi. 4) Non è possibile infine trarre alcuna conclusione circa la eliminazione più o meno rapida delle zone necrotiche.

A. CIOFFI.

Contributo alla cura chirurgica delle crisi gastriche dei tabetici.

(MANDL. *Deut. Zeitschr. f. Chir.*, vol. 205, p. 92, 1927)

La patogenesi della crisi gastrica nei tabetici è ancora discussa; la stessa sintomatologia è variabile: si spiega così la difficoltà di un piano curativo chirurgico. In alcuni casi predomina il dolore, in altri il vomito; in altri esiste solo l'anoressia; spesso questi sintomi si associano per dare il quadro della grande crisi gastrica. Un intervento diretto solo sulle vie sensitive sarà incompleto perchè non interessa la via motoria; come un intervento sul simpatico non interesserà il vago che spesso è in causa.

Förster e Küttner affermano che tutti i casi si iniziano con manifestazioni irritative sensitive e che le alterazioni secretorie e motorie sono secondarie, concetto finora non dimostrato.

Sono numerosi gli interventi proposti: 1) Enervazione gastrica sec. Latarjet-Wertheimer; 2) Estirpazione o stiramento del ganglio solare (Leriche); 3) Resezione dello splancnico (transpleurale o extrapleurale, paravertebrale) (Jean, Fürster); 4) Resezione dei rami comunicanti (v. Gaza); 5) Sezione delle radici toraciche posteriori (Förster-Küttner). [Ricordiamo che quest'intervento è stato proposto per il primo dal Mingazzini e, per quanto l'A. non lo dica, va anche in Germania con il nome Mingazzini-Förster. *N. del R.*]; 6) Sezione delle radici toraciche ant. e post. (Förster-Küttner, Thorburne, Shaw); 7) Exeresi dei n. intercostali (Franke); 8) Sezione dei fascicoli anterolaterali (Schüller, Soutar, Förster, Sicard); 9) Vagotomia bilaterale sottodiaframmatica (Exner); 10) Sezione della radice del vago (Förster-Küttner).

Bisogna aggiungere ancora l'iniezione paravertebrale e l'anestesia degli splancnici con novocaina e alcool.

L'intervento eseguito con maggior frequenza è stata la sezione delle radici toraciche posteriori.

L'A. raccoglie i casi osservati nella Clinica di Vienna di Hochenegg; vennero praticati quasi tutti gli interventi proposti e negli ultimi anni con maggior frequenza, la resezione dei rami comunicanti. Quest'intervento viene eseguito in anestesia locale e bilateralmente quando le condizioni del malato lo permettono, altrimenti vien data la preferenza alla sezione dei rr. comunicanti di destra. È opportuno di stabilire con l'iniezione paravertebrale, durante l'accesso, quali segmenti sieno interessati.

Piuttosto che la semplice sezione è da preferirsi l'exeresi, ciò naturalmente aumenta le difficoltà tecniche ma dà risultati migliori.

Per evitare una lesione della pleura occorre tenersi addossati alla parte vertebrale del campo operativo e allargare, con la pinza ossivora, la parte mediale del forame intervertebrale.

Per quanto riguarda i risultati lontani questi sono stati migliori dopo la sezione delle radici toraciche posteriori, e quindi è questo l'intervento da preferirsi.

VALDONI.

MEDICINA SOCIALE.

Quando può concedersi l'autorizzazione matrimoniale al venereo e al sifilitico?

(SCHINDLER. *Acta Dermato-Venereologica*, dicembre 1927).

Lo Schindler propone un progetto di norme internazionali, all'unisono tra loro, riguardanti la conclusione e il proscioglimento del matrimonio di individui affetti da determinate malattie, specialmente veneree. Lo studio delle più recenti provvidenze e delle varie leggi relative emanate in Germania, Danimarca, Svezia e Norvegia rivela fra l'altro come esse deviino in più punti le une dalle altre e presentino ognuna di per sè più o meno rilevanti manchevolezze. Scopo quindi dell'A. la compilazione di un testo unitario, compendio di quanto di meglio esiste nelle leggi dei varii paesi.

Il testo progetta anzitutto che presso l'ufficio di stato civile ad ogni coppia di futuri sposi venga sottoposto un questionario, da riempire sulla parola d'onore o previo giuramento, nel quale i candidati abbiano a rispondere alle seguenti domande:

1) se siano affetti da sifilide di data più o

meno recente e presumibilmente ancora contagiosa e trasmissibile alla discendenza;

2) da altre malattie veneree:

3) se siano atti al coito e alla procreazione;

4) se siano affetti da malattie o da deficienze psichiche, da epilessia o da lebbra.

Qualora uno dei candidati sia stato affetto da sifilide e il pericolo del contagio e della trasmissione alla discendenza sia da presumersi probabile, il matrimonio non potrà contrarsi a meno che non venga prodotta un'autorizzazione del Re, del Capo dello Stato o di chi ne fa le veci.

Qualora la sifilide sia di data meno recente, il matrimonio potrà contrarsi soltanto dopochè l'una parte sia stata edotta dall'altra della malattia ed ambedue siano state illuminate verbalmente da un medico circa i possibili pericoli.

Nel caso in cui il candidato sia affetto da altra malattia venerea, sopratutto da blenorragia florida, il matrimonio non potrà venir permesso: l'autorizzazione statale non verrà concessa che in caso di gravidanza della donna già infettata. Qualora poi il candidato sia o sia stato affetto da blenorragia cronica, potrà sposare soltanto mediante produzione di un certificato medico scritto e rilasciato in seguito a ripetuti esami entro gli ultimi otto giorni, dal quale risulti che il pericolo di contagio sia quanto mai improbabile, o dopochè abbia edotta l'altra parte della propria malattia ed ambedue siano state illuminate da un medico circa gli eventuali pericoli.

Per quanto riguarda l'attitudine al coito e alla procreazione, l'uomo affetto da « impotentia generandi » o « coeundi » potrà sposare solo dopo aver dato conoscenza di ciò all'altra parte. Agli inetti al coito di ambedue i sessi in seguito a perversioni sessuali non potrà in genere essere permesso il matrimonio.

Per quanto si riferisce alle malattie mentali e alla lebbra, qualora si tratti di casi leggieri in cui l'infermo di mente sia ancora in grado di comprendere l'importanza del matrimonio, o in cui il pericolo di una discendenza tarata sia esiguo, solo il Re, il Capo dello Stato o chi ne fa le veci potrà e dovrà concedere l'autorizzazione al matrimonio. Nei casi di psicopatie, di epilessia o di lebbra, l'i. potrà sposare solo dopo aver edotto l'altra parte della propria malattia e ambedue da parte di un medico siano state messe al giorno dei pericoli connessi con tali malattie.

Con queste disposizioni di legge l'A. intende soddisfare alle esigenze della scienza e della pratica. Il testo di legge riguardante le malattie veneree potrà esser preso a esempio in tutti gli altri stati del mondo. Degno di nota come nella sua applicazione pratica il medico non operi più in segreto e « privatim » ma, pur uniformandosi alle norme di legge, alla piena luce di tutti. A lui essenzialmente vengono sottoposte due questioni: esiste cioè la probabilità di un contagio, o, al contrario, questo appare più o meno inverosimile?

Se il medico, in base allo stato attuale della scienza, non si sente di assumersi la responsabilità di una risposta affermativa al secondo quesito, egli avrà allora l'ufficio di consigliere istruttore; sempre, beninteso, dopochè una delle parti abbia soddisfatto all'obbligo di palesare all'altra la propria malattia. La prescrizione di quest'obbligo nella legge degli Stati nordici europei è degna senza dubbio di essere presa ad esempio, giacchè essa esplica un'azione in ogni senso morale, educativa per la gioventù e, d'altro lato, preventiva nella lotta contro le malattie veneree e la loro cieca diffusione.

Tali le norme che l'A. propone. Nell'augurarsene l'accettazione da parte non solo dei paesi nordeuropei ma di quelli di tutto il mondo, egli pone in rilievo l'intero bene che esse sarebbero allora capaci di apportare nell'eugenetica dei popoli in genere, nella lotta in specie contro l'incoscienza e la leggerezza dei candidati al matrimonio, base e fondamento morale di ogni nazione.

M. AGOSTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

G. LORENZINI. *Teoria delle Vitamine e sue applicazioni.* Saggio di vitaminologia. Un vol. in-8 di 124 pag. con 24 fig. L. Pozzi ed. Roma, 1927. Prezzo L. 10.

Problema essenzialmente moderno, questo delle vitamine, e del più alto interesse, non solo teoretico per le questioni non del tutto chiarite sulla costituzione e l'azione di queste sostanze, ma anche di grande importanza individuale e sociale. Si comprende quindi che esso abbia dato origine a moltissime ricerche, come è dimostrato dalla enorme massa di lavori (circa 10 mila fino ad oggi) che si è venuta accumulando e che rende assai difficile l'orientarsi in questo campo di studi.

Ottima guida ci si offre, a tale scopo, in questo libro, che è una nuova edizione ampliata di quella francese apparsa alcun tempo fa. In esso l'A. espone in una sintesi chiara ed efficace lo stato attuale della questione, studiando le vitamine nella fisiologia, nella loro specificità ed essenza, nella patologia e nella terapia. Precede un'esposizione storica (storia breve di anni, ma densa di fatti), con l'esposizione delle vedute delle varie scuole sul complesso problema.

Della massima utilità per il medico pratico sono poi i capitoli sulle avitaminosi fruste e sulla ipovitaminosi relativa. È piuttosto raro, di fatto, osservare la carenza assoluta di vitamine, mentre è frequente quella relativa, che porta a disturbi di cui spesso sfugge la natura e l'origine e di cui si può invece avere ragione con un'adatta somministrazione di vitamine. E questo porta alla convenienza di isolare queste sostanze ottenendole in forma purificata e concentrata, in modo da potere agire con esse come con dei veri medicamenti, che si sono dimostrati utili, p. es., in forme gravi di atrofie infantili avanzate, nelle quali le modificazioni della dieta non avevano apportato alcun vantaggio.

Altro campo di studi che promette di essere fecondo di risultati e che viene investigato dall'A. è quello dei rapporti fra vitamina antirachitica e raggi ultravioletti, per cui l'eziologia del rachitismo viene chiarita e rispondente alle reali condizioni di sviluppo di tale malattia.

Come giustamente osserva il noto fisiologo Carlo Richet nella prefazione, « il lavoro del Lorenzini dà un'idea esatta e riassuntiva di ciò che è stato fatto e permette di prevedere tutto ciò che vi è ancora da fare. L'avvenire della fisiologia è in questa direzione, e non soltanto quello della fisiologia della nutrizione, ma anche quello del sistema nervoso, perchè non si può separare l'una dall'altra ». *fil.*

E. SEHRT. *Histologie und Chemie der Lipoide der weissen Blutzellen und ihre Beziehung zur Oxydasereaktion, sowie über den Stand der modernen Histologie der Zellipoide.* Vol. di pag. 53, 6 tavole a colori. Edit. Thieme, Lipsia, 1927.

In poche pagine l'A. è riuscito a compendiare le conoscenze più recenti sull'importanza di quella parte dell'ematologia che riguarda i globuli bianchi e in particolare quelli sudanofili. Lo stile è piano e facile, i particolari di tecnica sono esposti con molta chiarezza. Notevole è il contributo personale dell'A. all'argomento che viene assumendo importanza clinica nello studio del decorso e della prognosi delle infezioni chirurgiche.

VALDONI.

M. T. DE GERIN. *Anémie pernicieuse.* Un vol. in-16° di 42 pag. Le François, Paris, 1926.

L'A. ha trattato diversi casi di anemia perniciosa con la colesterina estratta dal cervello e ritiene che tale sostanza agisca da protettrice contro l'emolisi. Riporta in questo libretto i risultati della sua esperienza e le sue vedute. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 16 marzo 1928.

Presidenza: Prof. DIONISIO, presidente.

Ricerche batteriologiche e osservazioni cliniche su 27 casi di gravi infezioni chirurgiche trattate con la trasfusione di sangue puro.

Prof. A. M. DOGLIOTTI. — Riferisce la propria statistica di trasfusioni di sangue eseguite in forme infettive gravi. Per giudicare dell'efficacia di siffatto trattamento, oltre a rilevare i dati clinici inerenti alla gravità ed al decorso dei singoli casi, ha eseguito ricerche sul potere battericida (metodo di Philipp), sul potere fagocitario del sangue e sul potere opsonico del siero di sangue, in un certo numero di casi, prima ed alcune ore dopo la trasfusione.

Complessivamente su 24 casi di infezioni chirurgiche ed ostetriche (6 peritoniti generalizzate di cui 4 per appendicite cangrenata, 3 setticopioemie, 3 gravi flemmoni del collo e del dorso di cui uno in diabetico, una meningite purulenta, 6 setticemie postpuerperali ed una postabortiva, 2 casi di colecistite ed angiocolite, 2 casi di pelviperitonite da salpingite) ottenne 15 guarigioni. Nei 9 casi seguiti da morte osservò temporaneo miglioramento in 4 casi.

Su 3 casi di tubercolosi chirurgiche aperte osservò notevole beneficio locale e generale in due casi e miglioramento temporaneo nell'ultimo.

Per quanto si riferisce alle ricerche eseguite

sui noti poteri di difesa antibatterica del sangue notò: 1) su 26 casi che fu determinato il potere battericida del sangue, secondo Philipp, risultò che esso era aumentato in 17 casi, invariato o quasi in otto, e leggermente diminuito in uno; 2) il potere fagocitario del sangue su 10 volte risultò 7 volte sensibilmente aumentato dopo la trasfusione, 2 volte non modificato, 1 volta leggermente diminuito; 3) l'indice opsonico del siero su 17 volte che fu determinato risultò dopo la trasfusione 6 volte fortemente aumentato, 5 volte leggermente aumentato, 4 volte praticamente invariato, 2 volte leggermente diminuito.

Da questi dati l'O. conclude che la trasfusione di sangue puro fatta in quantità sufficiente esercita un'azione benefica anche nelle infezioni chirurgiche più gravi, poichè oltre a procurare senso di sollievo, diminuzione della temperatura nelle prime ore, diminuzione della frequenza del polso, miglioramento del quadro ematologico, aumento della pressione sanguigna, migliora altresì i poteri batterico, opsonico, fagocitario del sangue, per cui ritiene che la trasfusione sia un mezzo sussidiario di grandissima efficacia nelle infezioni stesse.

Ricerche sulla sopravvivenza dei globuli rossi del donatore nelle trasfusioni di sangue umano.

Dott. F. PLACEO. — Le ricerche furono condotte allo scopo di studiare la persistenza di globuli iniettati in ammalati in preda ad anemie secondarie, a processi patologici di diversa natura, per accertare quale valore abbia la malattia in corso sulla sopravvivenza globulare ed infine quale sia la resistenza dei globuli trasfusi a seconda che si è seguita la trasfusione con sangue puro o sangue citratato (al 4 per cento).

Egli ha applicato il metodo di Asby e cioè il ricevitore apparteneva ai gruppi II o III, il donatore al gruppo I; per ogni caso usava sempre lo stesso siero-testo.

Ha potuto così confermare la lunga persistenza dei globuli trasfusi, che nei primi giorni non presentano traccia di alterazione morfologica e solo dopo alcuni giorni o settimane cominciano a presentare una progressiva diminuzione. La persistenza fu dimostrata massima nelle anemie postemorragiche, molto notevole nelle anemie secondarie a cachessia cancerigna o a tbc. chirurgica, minore nel caso di fatti setticopioemici gravi, e questo probabilmente per l'azione anemizzante esercitata dalle tossine in circolo. È risultata infine brevissima in un caso di ittero emolitico, è stata assai notevole in un caso di anemia perniciosa malgrado lo stato di grave anemia del paziente. La resistenza dei globuli all'emolisi è stata notevolmente diminuita dall'aggiunta di citrato di sodio.

La reazione benefica da parte degli organi ematopoietici del ricevente si notò in forma apprezzabile, solo dopo 10-15 giorni dalla trasfusione, per cui, durante i primi giorni, si deve prevalentemente contare sulla presenza dei globuli trasfusi. Dott. VILLATA.

Ospedale Maggiore di Bologna.

Conferenza clinica del 1° aprile 1928.

Vicende post-mortali di Marcello Malpighi.

Prof. F. FRANCHINI. — Marcello Malpighi morì il 29 novembre 1694 in Roma nel Quirinale. I funerali gli furono fatti nella Chiesa di S. Vincenzo e S. Anastasio che era la Parrocchia del Quirinale, e non in S. Pietro in Vaticano, come l'Atti scrisse ed altri da lui copiarono. Volle essere sepolto in Bologna nella chiesa di S. Gregorio (come risulta dal suo testamento che l'O. ha scoperto e pubblicato nel 1920) in una tomba ch'Egli aveva comprato nel 1691 dai Padri di S. Gregorio (rogito del notaio Monti, inedito). La Sua salma arrivò a Bologna da Roma ai primi del dicembre 1695; e il 10 dicembre fu riconosciuta ufficialmente, fra gli altri, dall'illustre anatomico Silvestro Bonfiglioli, intimo amico del Malpighi, come risulta da rogito del notaio Girolamo Medici (inedito). Gli furono fatti solennissimi funerali in S. Gregorio, il giorno 20 dicembre 1695 e non, come dice l'Atti, il 10 febbraio 1696 (documento inedito). La tomba che il Malpighi si era comprata nel 1691 era stata frattanto contestata da certi Danioli che se ne proclamarono proprietari, sicchè il Malpighi non vi fu sepolto subito dopo il funerale, bensì soltanto il 10 febbraio 1696, e per ragioni igieniche ed a titolo provvisorio, pendendo la lite coi Danioli, come da rogito del notaio Bartolomeo Serafino Betti (inedito). La tomba contestata era a destra dell'altar maggiore; e sopra vi fu posta una epigrafe. La lite coi Danioli era ancora indecisa nel 1710, quando i frati di S. Gregorio, per troncare ogni controversia, vendettero un'altra tomba di loro sicuro ed incontrastato possesso ai fratelli Giovanni-Paolo, Giuseppe ed Alessandro Malpighi, figli di Bartolomeo, fratello di Marcello e perciò nipoti di questo (rogito del notaio Tommaso Lodi, inedito); e in questa tomba fecero trasportare la salma del Grande. La nuova tomba era a sinistra dell'altar maggiore e sopra di essa fu trasportata anche la epigrafe che trovavasi sulla tomba di prima. In questa ultima sepoltura furono poi sepolti parecchi altri Malpighi: 15 di cui si abbia memoria sicura (documenti inediti). Colà rimasero i resti mortali di Marcello Malpighi fino al 1838; nel quale anno il Conte Luigi Salina, nobile bolognese, li fece trasportare in una tomba antistante alla Cappella di S. Camillo la quale era ed è di patronato della sua famiglia; e quivi ancora riposano.

Pollici bifidi e pollici soprannumerari.

Dott. G. ZAMPA (Aiuto Sezione Calabrese). — Dopo aver accennato alle generalità circa l'iperdattilia e all'impossibilità di classificarne le varie forme, data la mancanza della conoscenza della patogenesi, l'O. espone cinque casi di pollici bifidi e soprannumerari, due dei quali molto interessanti per il fatto che uno era costituito da

una pinza di gambero con la possibilità di movimenti di prensione e dotato di notevole forza, l'altro era formato da due dita, una a tre e l'altra a due falangi, osservazione che dimostra l'associazione di due tipi di malformazione congenita delle dita; l'iperfalangia e l'iperdattilia.

Illustra poi brevemente le varietà più comuni di pollici doppi e si ferma a discuterne la genesi ricordando le ipotesi più conosciute (atavismo, eredità, iperrigenerazione, compressione amniotica, distrofia ossea, raddoppiamento secondo il piano di simmetria di Braus Kaufmann e così via).

Per ciò che riguarda il trattamento chirurgico distingue: pollice bifido a dita uguali, staccate, ciascuna più piccola del pollice normale, non operabile; pollice bifido a dita uguali accollate, operabili col metodo di Cloquet (plastica); pollice bifido a dita disuguali, operabile con disarticolazioni del dito deforme; pollice soprannumerario e appendice digitiforme, sempre operabili con asportazione totale.

Il Segretario: DOTTI.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 1° marzo 1928, VI.

Presiede il Prof. BURCI, presidente.

Sulle relazioni tra Spirocheti e Bacterioidi (con proiezioni di microfotografie e dimostrazioni di preparati).

PERUZZI Prof. M. — Nell'esame bacteriologico di lesioni ulcerose, osservate dall'O. sia in Italia che in zone tropicali, sia in soggetti bianchi che di colore, ha spesso incontrato un grosso microrganismo a forma di vibrione, che ritiene corrisponda al *macrovibrio* di Castellani e Chalmers della broncospirochetosi ittero-emorragica.

Nei preparati ottenuti da prodotti patologici, o dalle culture su terreno all'amido-asparagina, era notevole la grande quantità di forme spirochetiche insieme coi precedenti vibrioni, mentre ogni altra forma bacterica era estremamente rara; ma di alto significato sono i rapporti di continuità rilevati fra elementi vibrioidi e spirocheti, di cui descrive molti stadi di passaggio. L'O. ritiene che il vibrioide sia una manifestazione morfologica di un bacterioide fusiforme più o meno atipico, secondo le condizioni ambientali, e che i rapporti di continuità fra essi e gli spirocheti possano forse interpretarsi come fenomeni legati alla riproduzione.

GASPERINI. — In merito alla interessante comunicazione e relative dimostrazioni, pur convenendo che i reperti presentati sono molto suggestivi, non crede potersi pronunziare in merito. Egli fa tuttavia notare, che in molti ambienti trovansi spirocheti misti a vibrioni di ogni genere, compreso nel plankton di alcune acque termominerali molto utili per la cura di lesioni specialmente cutanee a tipo eczematoso, e perciò crede dover mettere in guardia di fronte al potere patogeno che gratuitamente si attribuisce a tali microrganismi.

Prime ricerche istologiche sulla cute umana trattata col metodo della colorazione vitale (con dimostrazione di preparati).

MANGANOTTI Dott. G. — L'O. ha inteso di applicare le colorazioni vitali al tripanblan ed al pirrolblau per via intradermica nell'uomo, allo scopo di rilevare quali elementi si mostrino impregnati, se vi siano differenze di reperti in varie affezioni cutanee o nei tessuti normali. Gli elementi della cute umana che si impregnano sono istiociti, cellule del riticolo, c. adipose e c. simili ai fibroblasti; non si può distinguere una impregnazione granulare da una bacillare che è assai rara; invece si può notare una intensa fagocitosi del colorante per opera di leucociti e di macrofagi. La quantità del liquido iniettato influisce sopra tutto sulla intensità di reazione. Con tal metodo si possono rendere molto evidenti le cellule di Langherans, invece le cellule blastomatose del lupus come degli endoteli vasali non mostrano reazioni di sorta.

Presentazione ed illustrazione di una nuova prova tubercolinica personale.

TRAMBUSTI Prof. B. — Dopo avere accennato alle prove tubercoliniche più in uso, alcune complicate per la tecnica, altre non sufficentemente sensibili, propone di applicare per la tubercolina il metodo ideato dal Koplik per la tossina difterica, praticando con esso una infissione intradermica. La soluzione ottima di tubercolina corrisponde al tasso di 1:9,5 in soluzione fenolica sterile allo 0,5 %. L'ago, uno comune di Pravaz tipo siero 1,10/50 mm. cono V, pervio e sterilizzato alla fiamma, si immerge per circa 1 cm. nella soluzione: dopo pochi secondi per capillarità il liquido è salito sufficientemente nell'agocannula. Allora, tesa fra due dita la cute del braccio lavata con alcool-etere, si infigge l'ago nel derma per 5 mm. circa, quasi parallelamente alla superficie, in modo che trasparisca tutto a traverso la cute medesima, indi senz'altro si retrae l'ago: la lettura vien fatta 36-48 ore dopo. Nel caso di reazione negativa non si nota che il punto di ingresso dell'ago, senza arrossamento di sorta; in caso positivo arrossamento e infiltrazione per poco più di 1 cm. di diametro, che persiste per 5-8 e più giorni. La reazione è puramente intradermica, non si hanno reazioni generali, nè di focolaio; per la sensibilità somiglia molto alla Mantoux, ridotta a limiti minori e senza reazioni traumatiche, nè iniezione di volume di liquido. I risultati comparativi con le prove di Pirquet e di Mantoux, la dimostrano semplice come la Pirquet, ed esatta quasi quanto la Mantoux di cui è tuttavia considerevolmente più pratica.

Il Vice-Segretario: P. M. NICCOLINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla stasi nei tumori come causa del loro ulteriore sviluppo.

R. Marchesini (*Gazz. Osp. e Clin.*, n. 48, 1927), in seguito a fenomeni osservati negli organi animali, col produrre artificialmente su di essi una stasi alla Bier, viene a porre in vista rassomiglianze notevoli col procedere nel loro sviluppo delle varie forme blastomatose; ritenendo così che il progredire dei tumori sia dovuto alla stasi che vi si produce.

Egli nota che prima condizione per lo sviluppo di un tumore, è che lo stimolo, di qualunque natura sia, debba essere *lento* e *continuo*: lento per non eccitare l'accorrere delle cellule bianche come si osserva nelle comuni infiammazioni, continuo perchè possa richiamare altro ordine di cellule, cellule interstiziali del sistema reticolo endoteliale, che vengono così mano mano a circoscrivere il tumore ed isolarlo dal resto dell'organismo. Con tale chiusura, costituendosi un liquido da stasi, i bacilli non vi penetrano, e se vi penetrano, rimangono distrutti; molti vasi si trombizzano, la circolazione si fa venosa, e viene così a mancare dell'ossigeno.

In tal modo si costituisce il tumore che venendo a mancare l'ossigeno rimane a vivere isolato in uno stato di anaerobiosi ove il glucosio che vi si riscontra subisce una glicolisi che è di buona nutrizione per esso, e di stimolo alla moltiplicazione delle sue cellule. Alla nutrizione glicolitica s'unisce il disgregamento delle cellule che vanno a circoscriverlo e sono un buon pasto per esso.

La disgregazione poi delle cellule che lo circoscrivono permette al tumore, che si è reso parassita, di spingersi con i suoi tentacoli attraverso tale barriera che offre più poca resistenza e si rende padrone dell'ospite che invade ed intossica.

Se queste deduzioni, basate su osservazioni sperimentali, verranno confermate, un nuovo campo di studii si apre per poter giungere alla conoscenza di queste produzioni maligne e trovar modo per distruggerle al suo nascere.

A. P.

L'importanza delle lesioni e dei processi riparativi sullo sviluppo del cancro.

H. T. Deelman (*Brit. Med. Journ.*, 14-5-1927) ha cercato la dimostrazione sperimentale della ragione per la quale il punto di partenza di un tumore è localizzato, nonostante che numerose cellule epiteliali restino lungo tempo a contatto di agenti cancerigni (per es. il catrame).

Dopo aver prodotto in alcuni ratti dei papillomi da catrame, ha praticato delle incisioni in zone della cute libere dal tumore. Avvenuta la guarigione cicatriziale delle ferite, sono insorti dopo qualche tempo altri tumori analoghi in corrispondenza delle cicatrici stesse, nei punti in cui queste erano più vicine alle zone occupate dal neoplasma.

Secondo l'A., quindi, non sarebbe illogico pensare che, producendosi sulla cute sana continuamente delle piccole lesioni invisibili ad occhio nudo, per piccoli traumi inavvertiti, i processi riparativi di queste possano rappresentare il punto di partenza della neoformazione, qualora venissero a trovarsi fortuitamente a contatto di materiali e agenti cancerigni.

Riguardo poi alla vecchia questione della maniera d'accrescimento del tumore, l'A. ha notato nei suoi esperimenti che si assiste dapprima ad una ipertrofia locale delle cellule, la quale poi si diffonde alle cellule circonvicine, fino alla formazione dei papillomi. In seguito, nella stessa guisa con la quale le cellule ipertrofiche hanno influito sulle cellule normali circostanti, il trasformarsi in cellule cancerigne della parte centrale della neoformazione influisce sulle cellule ipertrofiche vicine, trasformando anche queste in cancerigne.

M. FABERI.

L'eredità nel cancro sperimentale.

Essa si comporta in maniera diversa che nel cancro spontaneo. Il trapianto segue le leggi biologiche dell'organismo donde proviene, non quelle dell'ospite.

È stato osservato che nutrendo dei ratti con larve di tenia del gatto si sviluppano con relativa facilità sarcomi del fegato. Nella seconda generazione, sempre continuando la somministrazione di larve, si ha una più alta percentuale di sarcomi. Tra i ratti che si infettano spontaneamente la percentuale di sarcomi è alquanto più bassa, ciò che fa pensare che i poteri di difesa dell'organismo hanno ragione dello stimolo patogeno, se questo non è eccessivo: infatti i topi infettati spontaneamente mangiano meno vermi di quelli nutriti ad arte con essi.

(*Journ. A. M. A.*, 13 giugno 1925).

DORIA.

SEMEIOTICA.

Il fegato grosso.

C. Fiessinger (*Journ. des praticiens*, anno 41, n. 36) mette anzitutto in guardia contro l'errore di prendere un fegato ptosato per un fegato grosso. Si tratta di donne, spesso anziane, in cui viene talora diagnosticato come cancro un fegato abbassato. Più spesso poi si fa confusione col rene mobile, specialmente negli individui obesi.

Un altro errore consiste nel prendere un fegato cardiaco per una cisti idatide o per una peritonite tubercolare; ciò avviene quando i segni cardiaci sono poco accentuati, come accade in alcune miocarditi che danno semplicemente un po' di tachicardia e di cianosi, ma in cui il fegato può essere voluminoso.

Eliminate queste cause di errore, rimangono quattro varietà di fegato grosso.

1) *Senza ittero nè ascite.* — Possono essere in causa la sifilide ed il diabete bronzino. Nella gotta, nei dispeptici, come nei diabetici, il fegato può essere grosso, ma non molto voluminoso.

Un fegato grosso, duro, ligneo, accompagnato da estrema stanchezza e da rapido deperimento fa pensare ad un cancro massiccio. Il cancro nodulare, che si sviluppa alla faccia convessa, può dar luogo a tutti gli errori diagnostici.

Rientra in questa categoria la cisti idatide, per la quale l'A. osserva che si tratta di malattia rara, che viene troppo spesso erroneamente invocata; l'osservazione può essere giusta per certe regioni, mentre per altre bisogna tener sempre presente tale possibilità. Del resto, le reazioni umorali e la presenza di eosinofilia aiuteranno la diagnosi. Ricordare come regola formale di non pungere mai una cisti idatide.

Il fegato grosso (cirrosi ipertrofica grassa) si può avere nei tubercolosi alcoolisti ad un periodo avanzato; si accompagna a subittero, ad ingrossamento della milza e talora ad ascite. Il regime vegetariano e le iniezioni di estratto epatico possono essere utili.

Non bisogna poi dimenticare la possibilità dell'ascesso epatico dissenterico.

2) *Fegato grosso con ittero.* — Si può pensare ad un cancro del fegato quando si vedano rapidamente declinare le forze; la palpazione fa sentire un fegato duro e bernoccoluto. Quando si sente sotto il fegato la cistifellea molto dilatata, si potrà pensare ad un cancro della testa del pancreas; è necessario però usare grande dolcezza nella palpazione per evitare la perforazione della cistifellea.

Se il male si prolunga, la diagnosi di cancro è da scartarsi. Si può allora trattare di epatite sifilitica (che può accompagnarsi o non ad ascite e che al minimo dubbio va trattata con la cura specifica), al rachitismo, alla malaria, alla leucemia (fegato poco sviluppato e milza molto grossa).

La cirrosi biliare ipertrofica di Hanot è un'epatite cronica itterigena, con fegato carnoso, liscio, ittero persistente, feci non scolorate, milza grossa. Se le feci sono scolorate, può trattarsi di un ittero da ritenzione, talvolta complicante una cirrosi. Non si deve poi dimenticare che esistono delle forme di cirrosi cardiache con ittero.

3) *Fegato grosso con ascite.* — Nella maggior parte dei casi si tratta di fegato cardiaco; anche la sifilide terziaria e le cirrosi ipertrofiche possono rientrare in questo gruppo. In qualche caso si sarà invece in presenza di un cancro del fegato o delle vie biliari; la diagnosi di cancro però non sarà portata che quando non siano evidenti altre cause.

4) *Fegato grosso con milza grossa.* — La leucemia, più frequente di quanto si creda, dà un fegato che sporge appena dall'arcata costale ed una milza molto grossa. Nei malarici, il fegato può essere grosso e la milza è molto ingrandita.

Per quanto riguarda la condotta del pratico davanti ad un fegato grosso, si deve anzitutto stabilire un regime alimentare severo; per la diagnosi si prevedano soprattutto le possibilità di sifilide od il risentimento di un'affezione cardiaca a sintomi oscuri. *fil.*

Il fegato nella malaria.

R. G. Williams (*The Lancet*, 19 nov. 1927) ha studiato la funzionalità del fegato in paralitici generali trattati con la malarioterapia. Ha usato a tale scopo la tolleranza al levulosio (facendo le ricerche in serie), la reazione di van der Bergh, nonchè la ricerca dell'urobilina e dell'urobilinogeno nell'urina.

Le curve della tolleranza al levulosio dimostrarono l'insufficienza epatica, che in alcuni casi si iniziò anche dopo la cessazione della malaria; questi ultimi pazienti rimasero in gravi condizioni per alcuni giorni; uno di essi morì e si trovò all'autopsia, l'atrofia gialla acuta del fegato. Uguale reperto anatomo-patologico si ebbe in altri due casi precedenti lo studio dell'A.

Anche le altre ricerche dimostrarono che il fegato viene molto danneggiato dall'infezione malarica. Minima ed incostante è invece la reazione del fegato (tolleranza al levulosio) con l'infezione di febbre ricorrente, con la quale la reazione di van der Bergh è negativa e non si ha eccesso di urobilina e di urobilinogeno nell'urina. *fil.*

Disfunzione del fegato nell'emicrania.

J. S. Diamond (*Amer. Journ. Med. Sc.*, nov. 1927) ha esaminato la funzione epatica in 35 casi di emicrania e di equivalenti addominali dell'emicrania. L'esame comprendeva la ricerca della bilirubina nel sangue e dell'urobilinogeno nell'urina.

Nel 91 % v'era ittero latente; in tutti i casi fu accertata urobilinogenuria, che era più marcata nei casi di ritenzione di bilirubina.

L'A. mette in rapporto l'emicrania con l'insufficienza funzionale del fegato e specialmente con l'incapacità ad arrestare i prodotti della putrefazione formantisi nell'intestino; ne deriverebbe una reazione allergica. Per il trattamento gioverebbe limitare il consumo di sostanze proteiniche, le quali alimentano la putrefazione, e correggere la stitichezza. V.

CASISTICA.

L'asma.

Assai interessante sebbene non dica cose fondamentalmente nuove è una lezione di Bezançon riporta sul *Journal des Praticiens*, 31 dicembre 1927. Dopo avere ricordato che la nozione di asma è vecchia quanto il mondo, ne parla perfino Areteo, l'A. discute se sia giusta la tendenza odierna di considerare l'asma come una sindrome e non come una malattia, e conclude col ritenere che ciò sia erroneo; vi sono certo delle sindromi asmatiche, ma non è men vero che esiste una pura malattia asmatica. Il carattere fondamentale rintracciato nelle autopsie fu una netta infiltrazione eosinofila nelle pareti dei bronchi (Fraenkel e Lemierre). Il quadro clinico non ha grande valore per diagnosticare che si tratti di un asma genuino, maggiore importanza invece conservano i dati caratteristici dell'espettorato. Secondo alcuni autori vi sarebbero due forme di asma: l'A. anafilattica (antica asma nervosa, o essenziale) e la asma respiratoria. Bezançon crede questo un errore, perchè in ambedue si ha la stessa formula degli espettorati e nel sangue, e la stessa azione rapida ed immediata dell'adrenalina in ambedue i casi. Interessante è il problema degli equivalenti asmatici. È da alcuni indicata come asma nasale la coriza spasmodica, e come asma laringeo la laringo-tracheite spasmodica. È meglio non dare lo stesso nome a dei fenomeni leggeri e alla vera crisi di asma, bisogna invece considerare queste malattie come degli equivalenti.

Vengono poi le questioni etio-patogenetiche, e anzitutto quella del terreno asmatico a cui fin dall'antichità si dette grande valore. Spesso si trova un terreno nevropatico, ma non sempre. Vi sono stati dei P. che perfettamente sani e esenti da tare, dopo essere stati esposti ai gas venefici durante la guerra, divennero bronchitici poi sorse una sclerosi polmonare da gas e poi asma che sorse senza esistesse il terreno asmatico. Per lo più però il terreno è necessario. In sostanza consiste in un terreno che permette una reflettività esagerata. Talora si ha una vera eredità similare, gli ascendenti essendo asmatici; talaltra volta si ha eredità dissimilare: Trousseau chiamava l'asma una nevrosi diatesica; Rapin di Ginevra lega l'asma alle angionevrosi famigliari. I gottosi possono avere spesso degli accessi di asma. Vi sono dei fatti indiscutibili che dimostrano la importanza della spina respiratoria, per es. di un polipo nasale. Così pure non dubbi sono i rapporti tra la asma e la tubercolosi. Landouzy ha detto che l'asma era la moneta della tubercolosi. È certo che si può essere asmatici senza essere tubercolosi, ma non è men vero che molti tubercolosi con forme fibrose hanno asma. Le inalazioni di gas bellici predispongono all'asma. I bronchitici divengono enfisematosi e poi asmatici. Non è sempre vero, come ritengono i classici, che l'enfisema sia sempre consecutivo all'asma. Si può invece ritenere che chi è enfisematoso diverrà più facilmente asmatico: ciò deriva dal fatto che egli ha un torace in posizione di dispnea permanente. La prova di ciò è che i soggetti a torace rigido, deformato, i rachitici, i gobbi, i pottici, diverranno più facilmente asmatici che gli altri.

Anche la sifilide può entrare in causa nella etiologia dell'asma. Recentemente Widal ha dimostrato l'importanza dei disturbi epatici come produttori di asma. Infine nella sua patogenesi non si devono dimenticare i disturbi delle funzioni endocrine: solo con questi si possono spiegare certi fatti, per es. che vi sono delle donne in cui le crisi di asma compaiono con la mestruazione e cessano con la manopausa, altre donne hanno una sospensione degli attacchi durante la gravidanza. L. TONELLI.

Pleuriti e tubercolosi consecutive.

O. Scheel e Th. Föien (*Acta medica Scandinavica*, 1928, fasc. I) pubblicano un importante lavoro statistico su 957 casi di pleurite, per la maggior parte essudativa, da loro osservati all'Ospedale di Ullevaal. L'età più colpita è dai 16 ai 25 anni: anzi questo periodo decennale comprende da solo circa la metà dei casi osservati.

Su 812 malati, di cui fu possibile seguire l'ulteriore destino per un periodo variabile da 1 a 10 anni, il 24 % ammalarono di tubercolosi (polmonare nella gran maggioranza dei casi), e il 9,9 % morirono per tubercolosi.

La morbilità per la tubercolosi è elevata soprattutto nei primi tre anni che seguirono la

pleurite (10,2 %; 4,4 %; 4,2 %), mentre la mortalità per tubercolosi lo è specialmente nei primi quattro anni (dal 2,8 % all'1,7 %).

La morbilità e la mortalità sono inoltre maggiori negli uomini piuttosto che nelle donne (per quanto di poco) e negli adulti piuttosto che nei bambini.

Gli AA. si sono posti il problema se era possibile stabilire un rapporto tra i caratteri della febbre e del versamento, e la maggiore o minore probabilità di contrarre la tubercolosi. Secondo le loro statistiche i grandi versamenti sono seguiti da tubercolosi in un numero di casi nettamente più elevato (30,1 %) che i piccoli versamenti e le pleuriti secche (20 %).

Riguardo alla febbre essa è di durata maggiore nei grandi versamenti che nei piccoli; e d'altra parte, a parità di versamento, essa durerebbe di più nei casi ulteriormente seguiti da tubercolosi, a confronto di quelli in cui il soggetto rimane in buona salute. Tuttavia gli AA. avvertono che le eccezioni sono molte: e che sarebbe pertanto azzardato dalla entità del versamento o dalla durata della febbre voler trarre prognostici circa l'ulteriore destino dei malati.

La frequenza delle infezioni domiciliari e famigliari è la stessa tanto negli individui rimasti in buona salute, che in quelli divenuti tubercolosi.

Infine riguardo al mese di inizio dalla pleurite gli AA. osservano un addensarsi dei casi in marzo-aprile-maggio; e vorrebbero mettere in rapporto questo fatto con un'assenza relativa di vitamine in quei mesi.

M. SABATUCCI.

TERAPIA.

Il valore dietetico del latte e suoi derivati.

Il valore dietetico grandissimo del latte nella alimentazione umana è stato recentemente ancor più messo in evidenza dalle ricerche di Corry Mann e Cramer e da una dettagliata relazione compilata da J. B. Orr, per conto della Direzione di Sanità Pubblica, in base ai risultati ottenuti tra gli scolari di 7 città della Scozia.

Il latte è, senza dubbio, un alimento utilissimo per l'accrescimento del bambino. Il contenuto in vitamine non è certamente il solo fattore che conferisce al latte e ai suoi derivati il loro valore dietetico, il quale era noto, per altro, prima ancora della scoperta delle vitamine; le nostre nuove conoscenze sulla esistenza di questi fattori alimentari accessori giustifica quanto era empiricamente e comunemente noto da tempo. I primi AA., che si occuparono di dietetica, consideravano il problema alimentare dal solo punto di vista della quantità, e per essi una dieta adeguata era quella, che fornisse una quantità sufficiente di sostanze proteiche e di calorie totali. Lo studio della costituzione chimica delle proteine, che ha rivelato che queste sostanze derivano dagli aminoacidi, ha anche dimostrato chiaramente che non tutte le proteine hanno lo stesso valore dietetico.

In generale il corpo umano per il suo benessere ha bisogno di introdurre, con gli alimenti, tutti gli aminoacidi, di cui sono costituite le sue cellule; una proteina che contiene tutti questi aminoacidi è, perciò, di un valore detetico più elevato di un'altra, nella quale alcuni aminoacidi essenziali mancano. La gelatina è un esempio di proteina a scarsissimo valore dietetico, per il fatto che molti aminoacidi importanti mancano e per ciò è impossibile vivere con una dieta, in cui la proteina è fornita esclusivamente sotto forma di gelatina. A una simile dieta occorrerebbe, peraltro, aggiungere delle proteine ad altissimo valore dietetico.

Le proteine del latte (caseina e lattalbumina) o della carne sono esempi di sostanze proteiche di alto valore dietetico, dato che esse contengono gli aminoacidi indispensabili. In una posizione intermedia si trovano le proteine del pane, le quali difettano completamente di un solo aminoacido essenziale (lisina) e parzialmente di un altro (triptofano). Gli elementi minerali rappresentano un altro fattore importante della alimentazione, specialmente quando si tratta di un organismo in via di accrescimento. Il bambino in via di sviluppo ha uno speciale fabbisogno di calcio e di fosfati per l'accrescimento delle ossa. Studi recenti sul rachitismo hanno dimostrato che queste sostanze inorganiche devono trovarsi negli alimenti non solo in quantità sufficiente, ma anche in determinate proporzioni. La maggior parte delle sostanze alimentari sono povere di calcio; il latte è in particolar modo ricco di calcio e contiene questo e i fosfati in adatte proporzioni. Mezzo litro di latte di vacca contiene 1 gr. di calcio, e cioè una quantità superiore a quella che ne contiene mezzo litro di acqua di calce. Voit ha calcolato che il fabbisogno di calcio per un bambino in via di sviluppo è in ragione di 1/3 di grammo per giorno; per fornire tale quantità basta il consumo di poco più di 200 gr. di latte di vacca, mentre, invece, se si dovesse supplire a tale richiesta con pane o con uova sarebbero necessari mille grammi di pane o 15 uova. Una simile dieta è inadatta per l'accrescimento delle ossa, perocchè, a parte ogni altra considerazione, essa fornisce il calcio necessario insieme a un notevole eccesso di fosfati, i quali sarebbero nocivi. Il latte è anche relativamente ricco di vitamina A, la quale è contenuta nel grasso ed è, perciò, assente o notevolmente diminuita, nel latte scremato. Il latte contiene anche una no-

tevole quantità di vitamina B; ma non contiene vitamina C. Se noi paragoniamo il valore dietetico del latte con quello di un altro alimento principale, il pane, troviamo che, come si è detto poc'anzi, le proteine del pane non hanno lo stesso grande valore dietetico di quelle del latte. Inoltre il pane è povero di calcio e contiene questo elemento con un grande eccesso di fosfati, mentre, per quanto riguarda le vitamine, il pane bianco non contiene le vitamine A e C nè la vitamina B. Il valore dietetico del pane consiste nel fatto, che esso presenta la maggior parte dell'energia chimica richiesta in una forma, che è economica e gustosa. Ciò che si è detto per il latte vale anche per i suoi prodotti secondari, burro e formaggio.

Il formaggio contiene la caseina, sostanza di alto valore dietetico, in una forma molto concentrata, insieme a una certa quantità di vitamina B. Il burro è ricco di vitamina A. Tanto il burro che il formaggio contengono meno calcio del latte, ma sono, tuttavia, più ricchi di calcio della maggior parte delle altre sostanze alimentari. A mano a mano che il fabbisogno di calcio per l'accrescimento diviene minore, dal latte si può passare al burro ed ai formaggi. Appare, quindi, evidente, per quali ragioni il latte e i suoi prodotti abbiano un così alto valore dietetico.

La loro aggiunta nella dieta corregge molte deficienze dell'alimentazione, eccetto la deficienza di vitamina C, la quale può essere fornita con la frutta fresca e i vegetali. Per conseguenza una alimentazione consistente fondamentalmente in pane o cereali e latte o suoi derivati è ottima, sia dal punto di vista economico che dietetico. È esperienza degli uomini che i cereali e il latte o i suoi derivati rappresentano la base dell'alimentazione, e se oggi giorno la questione di una sana dietetica è divenuta un problema degno di seria considerazione lo si deve al fatto che il consumo del latte e suoi derivati è caduto in disuso, in parte per ragioni economiche, in parte per ignoranza e in parte, infine, per gli insegnamenti di coloro che considerano i problemi dietetici da un solo punto di vista. I notevoli miglioramenti ottenuti da Corry Mann e da Orr nei bambini, mediante l'aggiunta di latte nella dieta, sta ad attestare non solo il grande valore dietetico del latte, ma altresì l'insufficienza della dieta alla quale erano tenuti prima. Il latte scremato ha anch'esso un notevole valore dietetico, ma sempre minore del latte puro.

(*The Lancet*, 28 gennaio 1928). N. MARZO.

Il latte nella dietetica delle ipersecrezioni gastriche.

Nella dietetica delle ipersecrezioni gastriche, osservano Rasoumov e Levina di Mosca (*Arch. mal. appar. digest.*, dicembre 1927), alcuni favoriscono il latte, altri lo ripudiano: la divergenza di opinioni è determinata dall'ignorare le differenze che esistono fra i dati fisiologici ed i patologici. Lo stomaco patologico reagisce ai diversi stimoli ben altrimenti che uno stomaco normale. A ciò aggiungasi che va tenuto conto della funzione motoria dello stomaco e del piloro nell'apprezzamento del valore di un dato stimolo, va tenuto conto della dimostrata indipendenza della secrezione del succo gastrico dalla secrezione di muco; non ammettiamo come definita la questione dell'esistenza di un apparato secretore speciale per l'HCl., o per l'acqua, o per i fermenti. Completiamo tali fatti col ricordare il potere che possiede una parte dell'apparato glandolare gastrico di compensare l'insufficienza dell'altra: di qui i diversi tipi di ipersecrezione che ne possono venire.

Si può dire che nelle ipersecrezioni sperimentali abbiamo casi nei quali (ipersecrezione prodotta da un'azione nociva locale (freddo, caldo, ecc.) con manifesti sintomi di iperestesia specifica dell'apparato ricettore secretore, si può notare una esagerata reflettività verso il latte rispetto agli altri stimoli alimentari: in altri casi (ipersecrezione per intossicazione biliare dell'organismo con eccitabilità esagerata nell'apparecchio stesso secretore e nei centri dei riflessi secretori) lo stomaco risponde esageratamente a tutti gli stimolanti. Nel primo caso il latte stimola la funzione secretoria, nel secondo agisce anche sull'evacuazione.

Dunque: differenti tipi di reazioni gastriche ai diversi stimoli alimentari, differenti tipi di ipersecrezione.

Gli AA. hanno cercato di verificare clinicamente l'effetto del latte sui diversi tipi di secrezione: il latte per lo più era mescolato ai differenti alimenti tenendo conto della legge della temperatura e della massa costante del pasto di prova. In totale i pasti di prova erano di 22 specie (colla d'amido più latte, riso più latte, brodo più latte, ecc.).

La serie di analisi eseguite dopo i differenti pasti di prova, ha fatto stabilire che i minimi carichi funzionali dello stomaco sono prodotti dai pasti di amido. Lo studio delle numerose tabelle corredanti il lavoro degli AA. porta a concludere che non è sufficiente stabilire che lo stomaco si trovi in stato di ipersecrezione ma è indispensabile di definire se ha conservato la capacità di adattamento a differenti alimenti ciò che si ottiene comparando la secrezione dopo un pasto di Ewald e dopo un pasto liquido all'amido. Il rapporto normale dell'acidità generale del 2° al 1° deve sempre essere al disotto di 1.3.

Nei casi di ipersecrezione nei quali la capacità

di adattamento è perduta non vi è sensibilità particolare al latte: questa esiste allorchè quella è conservata.

La controindicazione del latte nella dieta degli ipersecretivi con conservazione della capacità di adattamento è fondata non solo sulla combinazione sfavorevole del grasso ma anche su altre qualità del latte. Il latte sembra contenere sostanze vagotrope che originano una sensibilità particolare verso il latte nei vagotonici con ipersecrezione.

Essendo necessaria pertanto una diagnosi differenziale dei differenti tipi di ipersecrezione la fisiologia ci dice che l'esagerazione della prima fase della digestione e la secrezione esagerata del succo psichico escludono ipersecretivi del primo tipo cioè fondati su una esagerata eccitabilità dell'apparato ricettore gastrico.

La partecipazione nelle sindromi di ipersecrezione, di sintomi vagotonici cardiaci, dermici, intestinali, ecc., fanno escludere le ipersecrezioni fondate su una esagerazione dell'eccitabilità dell'apparecchio secretore stesso dello stomaco: questa partecipazione si ritrova in quasi tutti i casi esaminati dagli AA.

Su questi risultati trova nuovo fondamento l'esclusione del latte dalla dieta degli ipersecretivi.

MONTELEONE.

Il lattosio in terapia digestiva.

N. Fiessinger (*Journ. des praticiens*, anno 41°, n. 31) consiglia il lattosio.

1) Come neutralizzatore nell'ipercloridria, in cui l'azione sedativa è dovuta ad un fenomeno di gastromucorrea, che diluisce il liquido e ne diminuisce quindi l'acidità. L'A. lo preferisce alle polveri alcaline e lo dà, o puro (due cucchiaini dopo i pasti) solo od associato ad altri medicamenti: Lattosio cg. 50; Magnesia idrata cg. 30; Nitrato di bismuto cg. 20. Per una cart. da prendere in un po' di acqua alla fine dei pasti. Vi sono delle specialità, annunziate con *reclame* vistosa, che non sono costituite che da lattosio con una traccia di carbonato di calcio. Molti preparati moderni, a forma granulare o vermicellata non sono che dello zucchero con un po' di medicamenti.

2) Come antivomitivo ed antidiarroico, specialmente nei vomiti dell'emicrania e nelle diarree tossiche.

3) Come sedativo nelle colecistiti dolorose, subacute, dandone un cucchiaino da caffè dopo i pasti.

4) Nell'insufficienza epatica. Nelle epatiti degenerative, negli itteri acuti, nelle epatiti cirrose e sclerose, si deve aumentare la carica di calorie e glicogenica, aiutando anche la diuresi. In tal caso, il lattosio è un medicamento prezioso; va però usato ad alte dosi, 3-4 cucchiai da zuppa nelle 24 ore.

La somministrazione del lattosio va fatta con la minima quantità di liquido, allo stato di sciroppo concentrato, meglio se lo si dà puro. Il richiamo alla secrezione mucosa gastrica va fatto dal lattosio stesso; l'introduzione di liquido si farà dopo che è avvenuta la diluizione gastrica, in forma di infuso caldo.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Epidemiologia della scarlattina. — Al dott. O. L. da S. M.:

1) La manifestazione contemporanea od a breve distanza di tempo di diversi casi autorizza a parlare di epidemia, la quale può essere più o meno grave e diffusa; tre casi in una stessa famiglia costituiscono un'epidemia familiare. Nel suo caso, del resto, 8-10 casi su 1000 abitanti rappresentano una proporzione elevata; per una piccola città di 50,000 abitanti, si arriverebbe a 400 casi.

2) Esiste la scarlattina senza esantema, ma non è molto frequente. La tonsillite semplice non autorizza a diagnosticare senz'altro la scarlattina, anche in ambienti dove esista un caso di questa. Occorrono altri sintomi clinici, come la lingua a lampone, il decorso della temperatura, le eventuali complicazioni renali. Si ricerchino anche alcuni dei segni proposti: segno del laccio, segno di Pastia (eritema alla piega del gomito), fenomeno di estinzione; secondo Valagussa, la presenza di acetone e di acido diacetico nelle urine sarebbe un segno di scarlattina in casi dubbi, eventualmente anche le inclusioni di Döhle possono dare buone indicazioni. Del resto, secondo alcune vedute moderne, la scarlattina è data da streptococchi (Str. emolitico di Dick) ed è noto che le tonsilliti, anche semplici, sono spesso date da streptococchi. Barchalia (*Hospitalstidende*, dicembre 1917) ha riferito su un'epidemia di scarlattina in una colonia della Groenlandia, in cui soltanto i bambini furono affetti da scarlattina, mentre negli adulti si ebbe contemporaneamente un'epidemia di tonsilliti infettive (40 casi su 377 abitanti). La scarlattina non era mai comparsa in quella colonia, salvo 2 casi nel 1877. Secondo tale autore, si sarebbe trattato di una stessa epidemia, manifestatasi con eruzione soltanto nei bambini.

La scarlattina, del resto, occupa un posto a parte fra le malattie infettive, tanto che qualche autore la considera, più che altro, come un insieme di sintomi, tenuto conto dell'affinità con

le angine da streptococco, della diversa contagiosità in confronto con quella del morbillo e del vaiuolo, delle grandi variazioni nel periodo d'incubazione, che varia da 12 ore a 20 giorni. Nonostante le affermazioni di diversi autori sulla specificità o meno di alcuni germi, il problema dell'eziologia va considerato ancora aperto.

Dal punto di vista pratico, la manifestazione contemporanea di diversi casi di tonsillite in ambienti dove vi siano casi di scarlattina ed in tempo di epidemia, va considerata come sospetta e va quindi prescritto l'isolamento.

3) Il Decreto del 1921 prescrive la chiusura delle scuole soltanto quando si abbiano in breve periodo di tempo parecchi casi nella stessa scuola.

A. FILIPPINI.

Al dott. G. D'A. da A. S.:

Per la preparazione agli esami di ufficiale sanitario, le possono essere utili i seguenti libri: FILIPPINI. *Prontuario dell'Igienista*. L. Pozzi, ed. Roma; CIMMINO. *Compendio d'Igiene*. Idelson ed. Napoli; *Manuale per gli Ufficiali sanitari e Guida per i medici nell'assistenza di alcune malattie infettive*. L. Battistelli ed. Firenze.

BR.

Eredolue e dentizione. — Al dott. C. A. da P.:

La lues ereditaria ha influito evidentemente sul ritardo della dentizione. Ritengo che le frizioni mercuriali, utilissime, non siano del tutto sufficienti. Consiglierei cura di treparsolo *per os*, alla dose di 1 1/2 ctgr. pro chilo di peso, somministrato una volta al giorno, per 3 giorni consecutivi, seguiti da 3 giorni di riposo, e quindi da 3 giorni di cura e così via, per un periodo di 60 giorni.

La nutrizione esclusivamente lattea a 14 mesi è dannosa: è necessario somministrare minestrine con brodo vegetale, con olio, o con brodo di vitella.

M. F.

VARIA.

La ripercussione delle emozioni sul cuore.

Il cuore è stato immaginosamente paragonato ad un campanello delle emozioni che, alla minima scossa morale, vibra in rapidi tintinnamenti, si arresta in silenzi impressionanti e riprende poi la sua corsa regolata sul ritmo normale. Quando esso è malato, la ripercussione si manifesta in urti più violenti, variabili di timbro, ineguali nella successione e talora esprimenti gravi disturbi, che possono portare, più o meno rapidamente, alla morte.

Il tono delle emozioni può essere diverso; esse sono talora eccitanti, la gioia, l'amore, il ricupero della salute, tal'altra deprimenti, la gelosia, la paura, un'improvvisa delusione; conseguentemente, esse agiscono in modo diverso sul cuore.

In *Journal des praticiens*, 18 nov. 1927, è citato il caso di un cardiaco obeso, quasi settantenne che, dopo avere passato gravi crisi di asistolia fu riveduto ancora arzillo e gaio, tutto animato per la gioia di un prossimo matrimonio con una giovanetta. Si cita altresì il caso di un missionario che, affetto da grave dilatazione cardiaca, si rimise completamente per la gioia di aver convertito un infedele.

Ma può accadere l'inverso. Invece di battere sopra un ritmo trionfale, il cuore si lascia afflosciare nel disordine di contrazioni aritmiche. È l'emozione depressiva che interviene; ecco il caso di un marito con un vizio mitralico, che ha delle gravi crisi di asistolia ad ogni scenata di gelosia con la moglie che lo tradiva.

I disturbi cardiaci di origine emozionale depressiva possono essere diversi: la resistenza può piegare, si possono avere crisi anginose, asma cardiaco, morte subitanea. Le crisi anginose si hanno in seguito ad eccitazioni emotive moderate: cattive notizie, eccitazioni sessuali in indivdui di una certa età. L'asma cardiaco si è osservato come conseguenza dei bombardamenti bellici, in individui affetti da vizio mitralico.

Come conseguenza di un'emozione violenta e brusca, può aversi la morte. Un obeso, con dilatazione cardiaca, ma in stato di compenso muore improvvisamente per la perdita di una forte somma al giuoco; analogamente accade ad un altro, che soffriva di crisi anginose. A Parigi, come altrove, si sono visti morire dei cardiaci per l'emozione provata durante i bombardamenti: una donna ipertésa che, improvvisamente svegliata nella notte dall'esplosione di una bomba, getta un grido e muore; due mitralici che muoiono sulle scale, mentre, all'avviso della sirena si recavano al rifugio in cantina.

Altri numerosi esempi potrebbero portarsi per dimostrare che i cardiaci, se anche possono trovarsi bene con le emozioni che ne sollevano il tono, sopportano assai male le scosse deprimenti. Nè vale il dire che essi potrebbero farsi una ragione e non esagerare la portata delle emozioni che provano; le reazioni del cuore sono assai più rapide che qualsiasi processo mentale discriminativo, specialmente in condizioni di emotività, e portano le loro dannose conseguenze ben più presto ed a malgrado di ogni ragionamento.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Medici ospitalieri e Sindacato fascista.

La Sezione Nazionale dei Dipendenti degli Enti locali dell'Associazione Nazionale Pubblico Impiego comunica che l'on. Ministero delle Corporazioni con sua recente decisione ha precisato in maniera definitiva ed inequivocabile che: «i medici ospitalieri come quelli condotti e manicomiali, sono dal Sindacato fascista rappresentati giuridicamente e tutelati nei loro interessi morali e materiali solo per la parte di loro attività che si riferisce alla libera professione, e pertanto il Sindacato stesso deve rimanere estraneo a qualsiasi rapporto che i detti medici abbiano nella loro qualità di dipendenti da un Pubblico Ente».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARNARA (*Frosinone*). — Scad. 10 mag.; L. 10.500 e quadr. decimo; L. 400 uff. san.; addizion. L. 4 fra 1000 e 2000 iscritti, L. 5 oltre; età lim. 35 a; tassa L. 50,05.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico astante per l'Ospedale Maggiore; L. 10,000 e c.-v., vitto e alloggio nei giorni di servizio; a ore 17 del 10 mag.; età mass. 35 a.

BERGAMO. *Municipio.* — A tutto 30 mag.; VII condotta; L. 7000 oltre L. 1440 serv. att. (L. 1940 dopo biennio di prova); aumenti di grado fino a L. 13.700 oltre L. 2240 serv. att.; tassa L. 50.10.

BETTONA (*Perugia*). — Scad. 10 mag.; L. 7000 e 5 sessenni dec.; L. 600 serv. att.; c.-v.; tassa L. 50.15.

BIBBIENA (*Arezzo*). — Al 15 mag., ore 18; 3ª condotta; L. 9000 e 4 quadrienni dec., per cavalc. L. 3000; c.-v.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 7 apr.; tassa L. 50.15.

BOZZOLO (*Mantova*). — 1ª cond.; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; L. 800 bicicl.; L. 1500 serv. ospedal. e 80 % compensi atti operativi solventi agiati; tassa L. 50; età lim. 40 a.; dichiaraz. di non appartenere a società segrete; (servizio in cliniche chirurgiche od ospedali); titoli di pratica chirurgica. Scad. 15 mag.

BRENTONICO (*Treviso*). — Scad. 10 mag.; 1ª cond.; L. 8500 oltre L. 3600, alloggio gratuito o corrispettivo in denaro; tassa L. 50.

CAGLIARI. — Scad. 15 mag.; due med. cond. supplenti; L. 6000 e c.-v.; 4 quinquenni dec.

CALTANISSETTA. *Amministraz. della Provincia.* — Direttore e assistente Sez. chimica e assistente Sez. micrografica del Laborat. d'igiene e profilassi; scad. 10 mag.; vedi fasc. 15.

CAMPOBASSO. *R. Prefettura.* — Cinque ufficiali sanitari; vedi fasc. 17; scad. 45 giorni dal 12 apr.

CARRÙ (*Cuneo*). — Al 15 mag.; L. 8000 oltre L. 3000 trasp. e 4 quinq. dec.

CEDEGOLO (*Brescia*). — Scad. 15 mag.; consor.; L. 12,000 oltre L. 500 uff. san.; tassa L. 50.

CUNEO. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario direttore Ufficio d'Igiene; stip. L. 13,000 oltre L. 1000 indennità serv. attivo e indennità caroviveri. Scad. 15 maggio.

DOMODOSSOLA (*Novara*). *Ospedale di S. Biagio.* — Primario di chirurgia; L. 2280 (*sic*) e 50 % tasse operaz. e proventi ambulatorio; per il 1° biennio l'amministraz. si obbliga a completare la somma di L. 18,000 annue, se non verrà raggiunta; divieto d'incarichi retribuiti; libera docenza in patol. o clin. chirurg.; tassa L. 50; rivolgersi alla Congreg. di Carità. Scad. ore 17 del 15 mag. Il concorso potrà essere annullato dalla Commissione, con giudizio inappellabile.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Medico aiuto specialista per i reparti dei Tubercolotici a Careggi; età lim. 35 a.; nom. e conferma biennali; L. 5250 oltre event. c.-v.; a ore 17 del 18 mag.; tassa L. 50; serv. entro 15 gg.; chied. annunzio alla Segret.

FOIANO DELLA CHIANA (*Arezzo*). — 3ª cond.; proroga al 15 mag.

GENONI (*Cagliari*). — Scad. 15 mag.; consorzio 3 com.; L. 12.000 oltre L. 2000 cav., L. 1000 uff. san., c.-v.; tassa L. 60.

GROSSETO. *R. Spedale della Misericordia.* — Aiuto chirurgo-radiologo; L. 7680, indenn. complementare L. 1459.20, 5 quadrienni dec., c.-v., 15 % tasse di cura; età 27-35 a.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50. Rivolgersi Congregaz. di Carità.

LA SPEZIA. *Deputaz. Provinciale.* — Direttore Sez. Med. Micrograf. e direttore Sez. Chim. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi. Proroga ore 18 al 15 mag.

LASTRA A SIGNA (*Firenze*). — A ore 18 del 31 mag. (proroga); due condotte; L. 8500 e 8 trienni decimo; riconoscim. 4 trienni a L. 600; c.-v.; L. 750 indennità trasp. (variabile); tassa L. 50; chiedere annunzio.

MASSA. *Deputaz. Provinciale.* — Scad. 31 mag. Direttore della Sez. medica-micrograf. e direttore della Sez. chimica del Laborat. d'Igiene e Profilassi, con sede attuale in Carrara; L. 15.000 e 10 bienni ventes., c.-v.; eventualm. 25 % utili netti.

MILANO. *Pio Istituto di S. Corona.* — Medico direttore di Sezione; v. fasc. 17; scad. 15 mag.

MODICA (*Siracusa*). — A tutto 19 mag.; chiedere annunzio.

MONTALCINO (*Siena*). — Scad. 25 mag.; per Torrenieri; L. 8000 e 2220 indenn. supplementare, L. 3500 cav., 6 quadrienni dec.; tassa L. 50.15.

MONTEGIBERTO (*Ascoli Piceno*). — A tutto 31 mag.; L. 9000 pel 25 % della popol.; L. 500 ind. laurea; L. 2500 cav.; L. 1000 indenn. forese; L. 500 uff. san.; 5 quadrienni dec.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 15 aprile; età lim. 45 a.

NUORO. *R. Prefettura.* — Uff. san. e capo ufficio d'igiene capoluogo; a ore 18 del 20 mag.; titoli ed esami; L. 12,000 oltre L. 2800 serv. att. e c.-v. Domande all'Ufficio Sanit. Provinc.

OCCHIOBELLO (*Treviso*). — Scad. 10 mag.; 2° reparto; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; L. 800 serv. att.; c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15.

ORANI (*Nuoro*). — Scad. 30 mag.; uff. san.; L. 3000 (*sic*); età lim. 45 a. Rivolgersi segretario com.

PIANA DEI GRECI (*Palermo*). — Con S. Cristina Gela; scad. 15 mag.; 10 anni in altre condotte; tassa L. 10.15; stip. L. 11,000 e 5 quinq. decimo, oltre L. 1500 trasp. e L. 1000 se uff. san.; docum. a 3 mesi dal 10 apr.

POFI (*Roma*). — Al 30 mag.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; c.-v. L. 840 se coniugato.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Assistente medico nel Laboratorio di micrografia e batteriologia della Direzione generale della sanità pubblica. Scad. 13 mag. Vedi fasc. 14.

ROMANO DI LOMBARDIA (*Bergamo*). *Ospedale Civile SS. Trinità.* — Medico chirurgo direttore; doc. a 3 mesi dal 1° apr.; età 30-40 a. salvo eccez. regol.; titoli; nom. biennale, conferma per 5 anni, riconferma a vita; accettaz. entro 15 gg., assunz. serv. entro 30; L. 12,000 oltre L. 2000 serv. att.; diritto a due camere nell'Ospedale. Ab. 8000; osped. di 70 letti. Scad. 31 mag.

SALSOMAGGIORE (*Parma*). — A tutto 20 mag., 3ª cond.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; L. 4000 trasferta, L. 500-1800-4000 mezzo trasp.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 5 apr.; età lim. 40 a.

SANTHIÀ (*Vercelli*). — A tutto il 15 maggio ufficiale sanitario; v. fasc. 12.

S. ANGELO IN VADO (*Pesaro e Urbino*). — A tutto 10 mag., condotta di città; L. 8000 oltre L. 1000 per le operaz. chirurg., 3 sessenni dec., direz. ospedale; età lim. 40 a.; chied. ann.; tassa lire 50.10; doc. a 6 mesi dal 10 apr.

S. VINCENZO VAL ROVETO (*Aquila*). — Scad. 20 mag.; per 2 frazioni; L. 9500 oltre L. 2700 cav.; tassa L. 50,10.

S. ZENONE DEGLI EZZELINI (*Treviso*). — Scad. 10 mag.; vedi fasc. 15.

TEMPIO (*Sassari*). — Scad. 15 mag., per Teldi; L. 10.500 oltre L. 1000 pronto soccorso, L. 800 uff. san., L. 2500 cav.

TREIA (*Macerata*). — Proroga 15 mag.

TRENTO (*Ammin. Provinc.*). — Scad. 30 mag.; assistente alla Sez. med. micrograf. e antirabbica del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; L. 11.600 e aumenti periodici, oltre L. 2800 serv. att.; età lim. 35 a.; dom.

TRIPOLI. *Municipio.* — Direttore del Dispensario Antitubercolare; L. 14.000 e 5 quadrienni dec., oltre indenn. resid. di metà stip. e c.-v.; L. 1000 se si parla correntem. la lingua araba. Scad. 15 mag. Età lim. 35 (50) a. Docum. a 3 mesi dal 16 apr. Tassa L. 50.15. Deposito L. 1000 a garanzia assunz. servizio. Diritto di esercizio libero. Congedo di giorni 90 ogni biennio. Chied. annunzio.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Aiuto nella Divisione Chirurgica IIª; L. 4560 per i coniugati, L. 4200 per i celibi; nom. e conferma biennali; tassa L. 50; età lim. 35 a.; titoli ed esami; chiedere annunzio.

VIBO VALENSIO (*Catanzaro*). — Direttore del Dispensario profilattico comunale e contro la tbc., la malaria e le mal. ven.; assegno annuo L. 2000; tassa L. 50; scad. 15 mag.

PORTO SANTO STEFANO (Stazione balneare). — Per *Ospizio Marino* occorre Medico direzione sanitaria, stagione estiva dalla seconda metà di giugno. Vitto e alloggio gratuito od equivalente in danaro. Compenso mensile da convenirsi. Rivolgersi presidente Ospizio Marino Porto Santo Stefano (Grosseto).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. A. Chiasserini, aiuto della R. Clinica Chirurgica di Roma, è stato nominato Chirurgo Primario dell'Ospedale di Venezia in seguito a concorso per titoli e per esami, nel quale fu classificato 1° su 10 candidati.

La Commissione esaminatrice era composta dai senatori proff. Giordano, Baldo Rossi e dott. Ligorio, direttore dell'Ospedale.

Al nostro amico e solerte collaboratore i migliori auguri.

In esito al concorso svoltosi a Roma per la nomina a direttore del Sanatorio della C. R. I. di Cuasso al Monte (Milano), fra nove concorrenti è risultato il dott. Federico Bocchetti, capitano medico che dirige da nove anni il Sanatorio Militare di Anzio. Rallegramenti cordialissimi al valoroso sanitario, nostro buon amico.

Alla cattedra di Clinica per le malattie mentali e nervose dell'Università di Bologna, resa vacante pel collocamento a riposo del prof. Tonini, è stato chiamato dalla Facoltà Medica il prof. Carlo Ceni, insegnante della stessa disciplina a Cagliari.

NOTIZIE DIVERSE.

XXXIV Congresso italiano di Medicina interna.

L'Ufficio di Segreteria della Società Italiana di Medicina interna ci comunica:

Il XXXIV Congresso della Società Italiana di Medicina interna avrà luogo in Roma nella prima metà del prossimo ottobre.

I temi all'ordine del giorno sono:

1) Tumori del midollo spinale (tema in comune con la Società Italiana di Chirurgia). Relatore di parte medica: prof. Ferruccio Schupfer; relatore di parte chirurgica: prof. Leonardo Dominici.

2) Febbri da micrococco melitense e da bacillo di Bang. Relatore: on. prof. Umberto Gabbi.

3) Diuresi e diuretici. Relatori: prof. Luigi Ferrannini e prof. Mario Ghiron.

Per informazioni e schiarimenti rivolgersi al Segretario della Società prof. Giuseppe Sabatini, presso la R. Clinica Medica (Policlinico), Roma.

Con altro avviso verranno comunicate la data precisa della inaugurazione del Congresso, e le modalità per la accettazione ed iscrizione delle comunicazioni.

VII Congresso italiano di Radiologia medica.

Come abbiamo annunziato, si svolgerà a Firenze dal 14 al 16 maggio. L'inaugurazione avrà luogo la mattina del 14 maggio, nella Sala dei Duecento, al Palazzo Vecchio; nel pomeriggio verrà inaugurata l'Esposizione industriale, annessa al Congresso.

Sono in programma un ricevimento offerto dal Comune di Firenze, una serata di gala al Teatro Politeama Fiorentino, un pranzo sociale al Ristorante-Giardino Alhambra, una gita a Fiesole e ricevimento offerto dal Comitato ordinatore, visite all'Istituto Ortopedico Toscano e all'Istituto Fototerapico Celso Pelizzari. Nei due giorni consecutivi al Congresso avranno anche luogo una gita a S. Gimignano e Siena ed una visita agli Stabilimenti Termali dei Bagni di Montecatini.

I prezzi degli alberghi che offrono riduzioni, variano da L. 40 a L. 90 il giorno (alloggio, pensione e tasse).

Rivolgersi al Segretario del Congresso e del Comitato per l'Esposizione, dott. Manlio Gembillo, Istituto di Radiologia della R. Università, via degli Alfani 33, Firenze.

Congresso francese di medicina legale.

È convocato a Parigi per il 9 ottobre e seguenti, sotto la presidenza del prof. Georges Brouardel. Temi all'ordine del giorno: « Le perizie nelle leggi sociali » (relatore Balthazard); « Risultati comparati dei metodi esterni e dell'osteosintesi nelle fratture della gamba » (relatori Charbonnel e Massé); « Le intossicazioni professionali da idrocarburi » (relatore Duvoir); « Le reazioni antisociali nei postumi dell'encefalite letargica » (relatore Fribourg-Blanc). La corrispondenza va indirizzata ai dottori Michel, rue de Rigny 5, Nancy, e Piédelièvre, rue Gay-Lussac, 24, Paris (V^{e}).

Congresso ispano-portoghese di Urologia.

Si terrà dal 10 al 16 maggio in Madrid, sotto la presidenza dei dottori Revara di Lisbona e Peña di Madrid. Temi ufficiali: « Tecnica e risultati della prostatectomia » (relatore Raja) e « Stato attuale della chirurgia degli ureteri » (relatore Bastos).

Giornate mediche di Rio de Janeiro.

Il Comitato promotore, accogliendo le richieste di molti medici europei, ha deciso di prorogare alquanto questo convegno, che doveva tenersi dal 1° al 5 luglio; invece avrà luogo dal 15 al 19 dello stesso mese. Vi saranno annesse un'Esposizione di prodotti farmaceutici e di presidî medici ed un Salone dei medici artisti. Il viaggio dai porti europei al Brasile si compie in 12-16 giorni e i prezzi importano da 5000 a 8000 franchi; le compagnie di navigazione accordano sconti dal 15 al 20 %, su presentazione della tessera di congressista. Per informazioni rivolgersi al segretario generale del Comitato, Dr. Belmiro Valverde, rua Saô José 84, 1° andar, Rio de Janeiro, Brasile.

La settimana coloniale della Croce Rossa Belga.

L'amministrazione centrale della Croce Rossa Belga ha organizzato, dal 24 al 31 marzo u. s., col concorso dei comitati locali, una sessantina di conferenze sull'igiene nel Congo e sull'azione che svolge la Croce Rossa in quella colonia.

Giornate termali di Clermont-Ferrand.

La 3^{a} sessione delle Giornate termali di Clermont-Ferrand si terrà nei giorni 27 e 28 maggio, sotto la presidenza del prof. Castaigne. Sono in programma numerose conferenze, gite, visite a stabilimenti, ecc. Rivolgersi al « Centre Médical », place Bréchimbault 23, Moulins (Allier), Francia.

Gli « Stati generali del termalismo e del climatismo » in Francia.

Per il 9 e 10 maggio sono convocati a Parigi gli « Etats généraux du thermalisme et du climatisme », organizzati dalla « Fédération thermale et climatique française », sotto la presidenza onoraria del presidente della Repubblica e di varî ministri.

Essi comportano tre Assemblee, consacrate: la prima alla situazione delle Stazioni termali e climatiche; la seconda al credito; la terza alla propaganda. Per qualsiasi informazione rivolgersi alla Federazione, rue Vezelay, 14, Paris (VIIIe).

Giornate termali, climatiche e turistiche dei Vosgi.

Organizzate dalla « Fédération thermale et climatique des Vosges », sotto l'alto patronato del ministro del Lavoro e dell'Igiene e del ministro dei Lavori pubblici, si terranno il 2 e 3 giugno a Luxeúil-les-Bains, sotto la presidenza del prof. Perrin. Sono all'ordine del giorno sei temi, relativi alla ginecologia, alla gastro-enterologia e alle malattie delle arterie. Per informazioni rivolgersi al dott. L.-M. Pierra, rue des Thermes 14, Luxeuil-les-Bains, Haute-Saône, Francia.

Per lo sviluppo della nostra industria idro-termale.

Presso il Ministero delle Finanze è allo studio un memoriale presentato dai rappresentanti dei Comuni considerati come luoghi di cura.

Il Capo del Governo ha ricevuto l'industriale milanese comm. Ezio Granelli e il gr. uff. Rebucci. Il comm. Granelli, che è uno degli esponenti maggiori della industria idro-termale, ha prospettato interessanti punti di vista per lo sviluppo particolarmente della industria acque minerali in bottiglia, in rapporto al consumo interno e alla esportazione sopratutto nei paesi dell'America del Sud da lui recentemente visitati. Il gr. uff. Rebucci ha sottoposto al Capo del Governo alcune questioni di ordine generale nell'interesse delle stazioni di cura e soggiorno.

Corsi di tisiologia.

Nell'imminenza dell'applicazione della legge di assicurazione contro la tubercolosi, e per contri-

buire alla formazione dei quadri dei medici specializzati in questo ramo assicurativo, la Confederazione generale fascista dell'Industria italiana e la Confederazione nazionale dei Sindacati fascisti hanno preso d'accordo l'iniziativa di creare un corso accelerato teorico-pratico delle malattie dell'apparato respiratorio, con speciale riguardo alla giurisprudenza medica ed alle norme assicurative. L'iniziativa ha trovato subito l'appoggio e la collaborazione della Cassa Nazionale Assicurazioni Sociali, della Croce Rossa Italiana, della Federazione Nazionale Fascista per la lotta antitubercolare, della amministrazione degli Ospedali Riuniti di Roma e di altri Enti interessati.

La direzione tecnica di tale corso è stata affidata al chiarissimo professore di patologia medica on. Eugenio Morelli, che si riserva di comunicare quanto prima la lista dei suoi collaboratori ed il programma particolareggiato delle lezioni.

Il corso avrà la durata di sei mesi, e comincerà lunedì 4 giugno alle ore 10. Esso sarà diviso in due parti: una prima, esclusivamente teorica, sarà svolta nel salone delle Conferenze della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, che mette pure a disposizione tutto il materiale didattico in suo possesso (Biblioteca, proiezioni, documenti statistici, ecc.).

La seconda parte, teorico-pratica, sarà svolta mediante internato ed esternato, nel Sanatorio Cesare Battisti, nei dispensari della Croce Rossa Italiana, e nei reparti degli Ospedali Riuniti di Roma, nonchè in laboratori, con norme e regolamenti che verranno precisati al momento opportuno.

Alla fine dei corsi saranno distribuite borse di studio in denaro, a parziale rimborso delle spese ssotenute per quelli che, avendo seguìto con assiduità i corsi, si saranno maggiormente distinti nell'esame finale.

A quelli che, a corso ultimato, avranno superata la prova dell'esame anzidetto, verrà rilasciato un certificato comprovante la loro capacità a svolgere la loro attività professionale in rapporto alle esigenze, create dalla legge dell'assicurazione contro la tuberclosi.

Le iscrizioni a tale corso sono riservate ai soli medici laureati già abilitati all'esercizio professionale della medicina, che debbono far domanda per iscritto, inviando contemporaneamente una copia autenticata del diploma di laurea e di abilitazione all'esercizio della professione.

La tassa d'iscrizione al corso teorico-pratico è di lire 300 che dovrà essere inviata, unitamente alla domanda, alla Federazione Nazionale Fascista degli Istituti privati di Cura, piazza Venezia, 11, Roma.

* * *

Da giovedì 26 aprile al 31 maggio nella Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana si svolge il III Corso didattico di tisiologia e lotta antitubercolare con lezioni, esercitazioni dimostrative e visite ai dispensari antitubercolari ed alle varie istituzioni di medicina sociale di Napoli e dintorni, per lo scopo di diffondere tra i medici e gli studenti dell'ultimo biennio universitario i progressi pratici nello scoprire precocemente negl'infermi la tubercolosi, nel prevenire le manifestazioni e nel curarle a tempo. Il Corso viene svolto dai professori universitari pareggiati o dottori: Blasi, Calendoli, D'Arrigo, De Amicis, De Angelis, De Vincentiis, Falcone Roberto, Ferrannini Andrea, Landolfi, Lanzillotta, Lenzi, Magliulo, Marotta Radegondo, Mastelli, Moscarillo, Papale, Pirera, Rosati, Seniti, Spinetti.

Gli argomenti principali sono: i rapporti tra tubercolosi e matrimonio e gravidanza; le vie diverse di penetrazione del bacillo tubercolare e le varie reazioni intraorganiche; la diagnosi precoce nelle localizzazioni broncopolmonari, ghiandolari, urinarie, intestinali, ginecologiche, ecc.; i criteri della prognosi; la tecnica per le ricerche microscopiche, batteriologiche e sierologiche; i vari presidî profilattici; il funzionamento dei dispensari, sanatorii, padiglioni ospedalieri; le norme per la statizzazione della lotta antitubercolare e la legislazione rispettiva.

La prima lezione è stata tenuta dal presidente della Scuola Libera, prof. Andrea Ferrannini, sul tema: «Eredità e contagio nella tubercolosi».

La Croce Rossa Italiana per il terremoto in Bulgaria.

In obbedienza alle direttive impartite dal Capo del Governo, la C. R. I., appena avuta notizia del grave terremoto abbattutosi su una vasta regione della Bulgaria meridionale, si è messa a disposizione della consorella bulgara.

Fu inviato subito sul posto un ufficiale per rendersi conto delle necessità e delle possibilità di soccorso e per consegnare un primo aiuto in denaro.

In seguito alle informazioni avute ed alle richieste pervenute dalla Croce Rossa Bulgara sono partiti per Sofia 3 ufficiali con 11 uomini, che portano nelle regioni devastate 34 tende ed un padiglione, capaci di ospitare 900 persone, 500 lenzuola, 800 coperte, materiale lettereccio, materiale di medicazione e di cucina, ecc.

Seguirà l'invio di altri soccorsi secondo le segnalazioni che perverranno da Sofia e da Filippopoli.

La Croce Rossa Italiana è finora la sola intervenuta con materiale di soccorso a favore dei bulgari colpiti dalla gravissima calamità.

Disegni di legge in materia sanitaria.

In uno degli ultimi Consigli dei Ministri, vennero deliberati:

Uno schema di disegno di legge riguardante anticipazioni a favore dell'Istituto autonomo per la lotta antimalarica nelle Venezie.

Uno schema di disegno di legge recante aumento di assegnazioni per contributi per la spesa di costruzione di edifici scolastici e di opere igieniche nell'Italia meridionale e insulare.

Guerra alle mosche.

L'organo ufficiale dell'Associazione Nazionale Fascista per l'Igiene, l'« Italia Sanitaria », pubblica alcuni comunicati riguardanti una iniziativa del presidente prof. Sclavo, consacrata al noto disegno di legge in corso di sanzione per la lotta contro le mosche. Esso dice:

« Il Direttorio Nazionale ha proclamato la « guerra alle mosche » e prossimamente pubblicherà un foglio d'istruzioni popolari da diffondersi largamente per prospettare la necessità di liberarsi da questi insetti.

Tutte le Sezioni, pertanto, dovranno intraprendere tale lotta nei modi che riterranno migliori, sollecitando la collaborazione degli enti pubblici e privati.

Le Sezioni stesse comunicheranno al Direttorio Nazionale il piano d'azione preordinato ed a suo tempo i risultati ottenuti.

Per attuare praticamente il programma d'azione relativo alla « guerra contro le mosche » la presidenza generale si rivolse al Podestà di Torino prospettando l'opportunità di voler dedicare a questo importante problema uno speciale padiglione dell'Esposizione che verrà colà prossimamente inaugurata ».

Segue la corrispondenza scambiata col Podestà di Torino, conte Di Sambuy, in esito alla quale un padiglione della Esposizione sarà dedicato alla « guerra alle mosche ».

Il saluto fascista e l'igiene.

Il Presidente dell'Opera Nazionale Balilla ha diretto ai Comitati provinciali la seguente circolare:

« Il saluto romano è entrato oramai nella consuetudine generale, sebbene molti usino ancora integrarlo con l'antica stretta di mano, che deve essere assolutamente eliminata nei rapporti quotidiani del cittadino italiano.

Innanzi tutto il saluto fascista è in se stesso perfetto e quindi non ha bisogno di integrazioni, le quali denunciano sempre uno stato di coscienza incerta e malsicura, estranea e contraria al perfetto carattere fascista.

Per quanto si riferisce particolarmente alla stretta di mano, sono note tutte le gravi ragioni igieniche che consigliano e impongono la rinuncia ad una abitudine tradizionale, la quale costituisce un facile e pericoloso veicolo per non poche infezioni.

Pertanto questa Presidenza ritiene di poter fare sicuro affidamento sugli educatori fascisti, perchè i balilla e gli avanguardisti vengano rigorosamente educati all'osservanza esclusiva della nuova regola di saluto adottata dal popolo italiano ».

La popolazione d'Italia.

Notizie di fonte ufficiale danno che dal 1921 — epoca dell'ultimo censimento — alla fine del 1927, la popolazione dell'Italia è aumentata di 2.777.221 abitanti, passando da 38.755.576 a 41.532.797. Di questi i residenti nel territorio nazionale sono 40.799.000.

Conferenza del prof. Gini.

Nella sala della Biblioteca dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, il prof. Gini, presidente dell'Istituto Centrale di Statistica, ha tenuto il 20 corrente una conferenza sulle « Tavole di Mortalità della popolazione italiana ».

Premesso un accenno sull'importanza delle tavole di mortalità dal punto di vista tecnico, sociale e politico, ed un richiamo alle tavole di mortalità italiane compilate in base ai censimenti 1881, 1901 e 1911, il conferenziere pone in rilievo le difficoltà e le condizioni particolari che per la costruzione della tavola 1921 sono derivate dalla guerra e dalle conseguenze di essa. L'oratore osserva come le perturbazioni prodotte dalla contrazione del numero delle nascite nel periodo 1916-18 e l'incertezza e la deficienza delle rivelazioni nelle regioni invase durante il periodo di occupazione nemica, abbiano resa necessaria per il calcolo dei coefficienti di mortalità di alcune età infantili, l'adozione di metodi alquanto differenti da quelli seguiti nella costruzione delle precedenti tavole.

Accenna quindi ad alcune anomalie ed a fenomeni particolari messi in luce dalle osservazioni recenti e che aprono il campo ad interessanti studi.

Rilevato poi come i problemi più gravi per la costruzione delle tavole di mortalità si presentino per le età estreme della vita, conclude questa prima lezione accennando alle rilevazioni eseguite per le età più avanzate, al fenomeno generale per tutte le epoche e per tutti i paesi, della dichiarazione di un numero di centenari enormemente in eccesso in confronto della realtà ed infine ai sistemi adottati per la costruzione del tratto di curva di mortalità relativo alle età senili.

Il prof. Alfaro.

Il prof. Gregorio Aráoz Alfaro ha rinunziato alla presidenza del Dipartimento Nazionale d'Igiene della Repubblica Argentina, da lui tenuta per quattro anni con plauso generale, non avendo potuto ottenere i crediti richiesti per lo svolgimento dei suoi progetti per la riorganizzazione dei servizi.

Gli subentra nell'alta carica il dott. T. Padilla.

Il prof. R. Bastianelli.

Al prof. R. Bastianelli, scampato, insieme all'on. Locatelli, ad un disastro aviatorio nell'aerodromo di Staylane, presso Londra, esprimiamo il nostro più vivo compiacimento.

Lindberg porta a volo il siero per un suo collega.

I giornali recano da New York, 24 aprile:

Il colonnello Lindbergh è partito a mezzogiorno dall'aerodromo di Curtiis a bordo del suo famoso monoplano « Spirito di San Luigi » onde portare del siero contro la polmonite per il pilota ame-

ricano, e suo amico personale, Floyd Bennett, degente in un ospedale di Quebec per polmonite doppia, e versa in gravi condizioni.

Il Bennett partì venerdì scorso da Detroit insieme a Bernt Balken a bordo di un trimotore « Ford » allo scopo di portare pezzi di ricambio ed altro materiale ai piloti del « Brema » nell'isola di Greenly. A Quebec il Bennett si ammalò, ed il suo posto venne preso dal pilota canadese Schiller.

Ulteriori notizie recano che il generoso interessamento di Lindbergh non è valso a salvare la vita del suo amico.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXV Roma, 14 Maggio 1928 Fasc. 19

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE DEI BAMBINI DI ANCONA.

Operazione per megacolon totale.

Dott. ALBERTO CAUCCI, chirurgo primario, lib. doc.

Quale operazione si debba praticare in caso di megacolon non complicato (esaurite le cure incruente, sempre necessarie per la preparazione all'intervento) non è ancora stabilito in modo univoco.

Tentare una *restitutio ad integrum* della malformazione colica mediante una plicatio, è illusorio.

Ovviare alla stasi fecale, sia con le semplici anastomosi, sia con le esclusioni unilaterali, non è realizzabile, perchè non si riesce ad ottenere che tanta parte del canale escretorio resti vuoto di materiale fecale e di gas. A qualche buon risultato, ottenuto specie con la ceco-sigmoidostomia (di recente lodata anche dal Lecène), vanno opposti i numerosi negativi, e specialmente quelli in cui si verificarono complicazioni per la replezione del tratto escluso.

Sopprimere la totalità dell'organo malformato, mediante colectomia totale, è considerata soluzione radicale del quesito. Ma, a parte la considerevole gravità operatoria (che l'accurata preparazione del fragile soggetto e l'addestramento tecnico del chirurgo possono ridurre), tale estesa demolizione porta serie e definitive conseguenze, per molteplici ragioni: la soppressione della funzione del crasso, benchè meglio compensata nell'uomo che negli animali da esperimento (Alglave); la perturbazione della statica addominale, per la scomparsa di tanto voluminoso viscere, che inquadra il tenue e contribuisce a sostenere gli organi del piano superiore; le aderenze del tenue con le superfici di distacco del colon, che teoricamente dovrebbero essere evitate con accurata peritoneizzazione; e, infine, la « *colonizzazione del tenue* » (dilatazione delle ultime anse dell'ileo, assumenti forma e funzione del crasso), per cui i processi di putrefazione e la « stasi fecale » si trasferiscono, senza barriera di separazione, nella sede dei processi digestivi e del più intenso assorbimento.

Nella mancanza di un metodo operatorio completamente soddisfacente, si potrebbe trar profitto da una soluzione eclettica, cioè associando

ad una colectomia parziale, che sopprima facilmente gran parte del crasso dilatato, l'anastomosi tra gli estremi della parte restante, che risulta così fornita della possibilità d'una derivazione interna. Il tratto da demolire è l'S iliaca, che nella metà, almeno, dei casi da sola forma tutta la malformazione, e ne costituisce, negli altri casi, la parte maggiore e soggetta ai disturbi più gravi (volvolo): resezione, che è facile, rapida e sicura (anche in soggetti poco resistenti: stercoremici, bambini), quando venga eseguita in due tempi. L'anastomosi di derivazione va eseguita tra il fondo del ceco e il tratto distale del colon pelvico.

stacco e sutura extraperitoneale degli estremi colici, sutura della parete addominale).

Il metodo così ideato è stato applicato in una bambina di 9 anni, sofferente dalla nascita di grave stipsi (15 giorni d'intervallo) con crisi addominali intermittenti e dimostrante un voluminoso addome, con ottusità declivi (diagnosi di invio all'Ospedale: « peritonite tubercolare »), ma con ondulazioni peristaltiche visibili di grosse anse, e notevole deperimento generale. All'esame radiologico (Montanari), quadro tipico del megacolon totale. All'intervento (Caucci) si estrasse una gigantesca ansa sigmoide, che occupava gran parte dell'addome; l'ectasia si

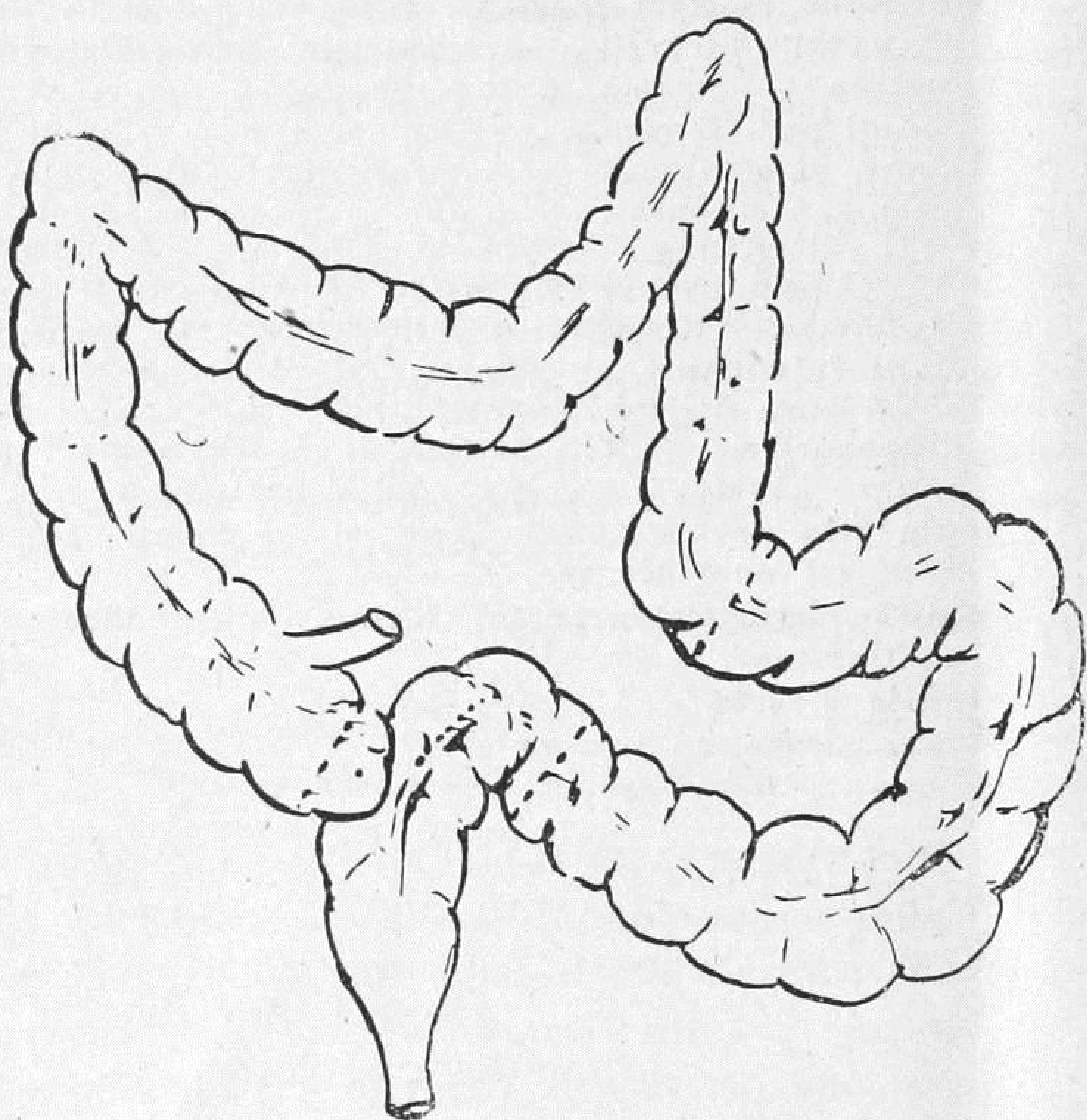


FIG. 1.

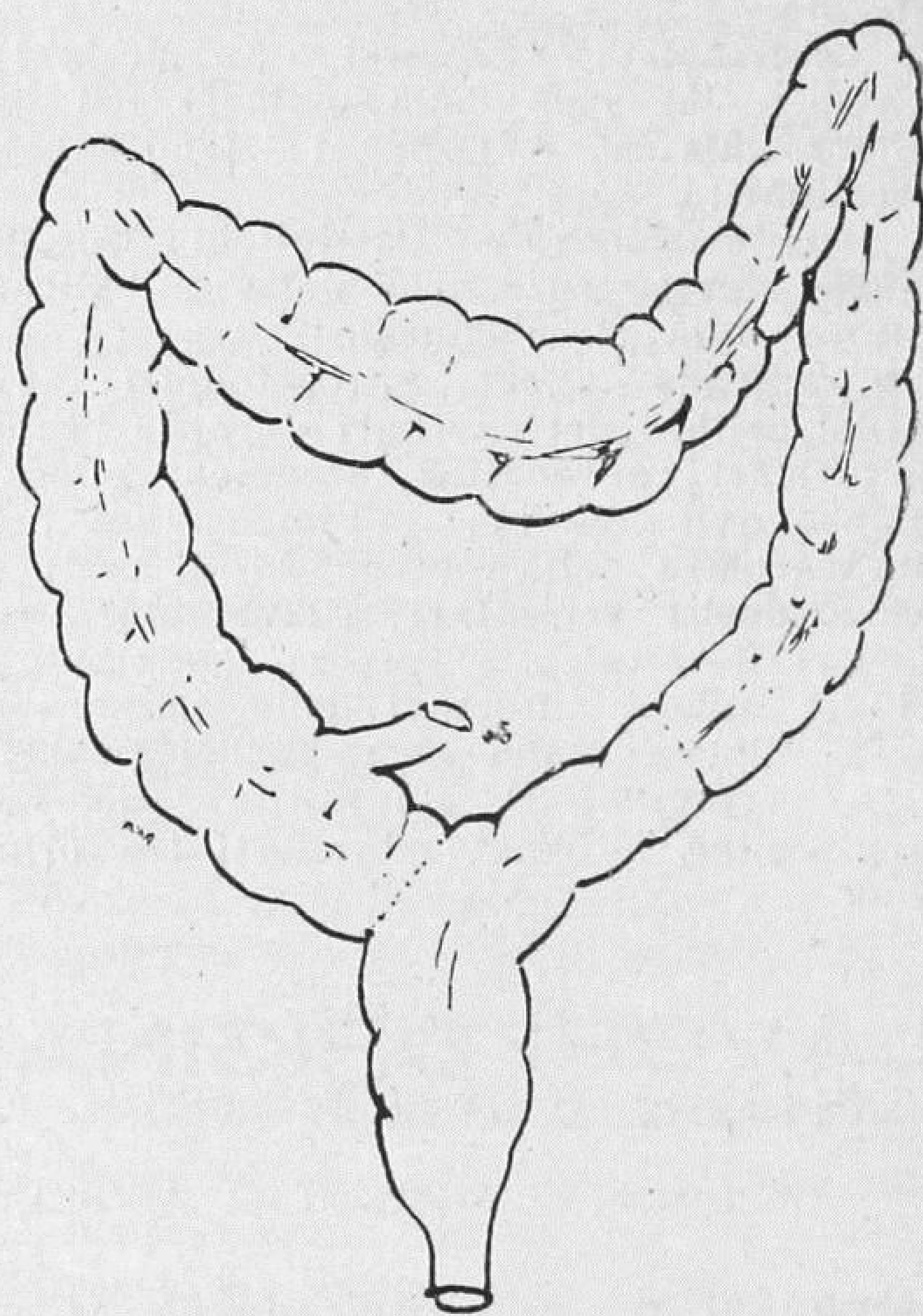


FIG. 2.

In breve, l'operazione preconizzata è la *sigmoidectomia* associata con la *ceco-colostomia* pelvica.

Eccone schematizzati i diversi atti: 1° tempo: laparotomia ombellico-pubica — esteriorizzazione del sigma — appendicectomia e amputazione del fondo cecale — anastomosi termino-laterale del ceco con la porzione più bassa del colon pelvico (posizione di Trendelenburg) — sezione del mesosigma e sutura d'addossamento dei piedi dell'ansa esteriorizzata — sutura a strati della parete addominale — amputazione dell'ansa sigmoide esteriorizzata e legatura dei monconi — divulsione anale (ricerca di eventuali crampi sfinterici o pliche valvolari), sonda rettale a permanenza — trascorsi 4-5 giorni, applicazione di due tubi di Paul nei monconi colici.

2° tempo (6-8 settimane): previa applicazione del kentrotomo, chiusura della colostomia (di-

estendeva a tutto il crasso, specie il trasverso e il ceco-ascendente. Si eseguì l'operazione su descritta, che fu ben sopportata. Nell'intervallo tra i due tempi l'ano terminale dava feci (liquide, feci cecali) soltanto dal moncone distale, dimostrandosi che, in quelle condizioni, tutto il contenuto passava per l'anastomosi e nulla seguiva il tragitto lungo del colon.

La bambina, riveduta più volte nello spazio di 3 anni, ha una defecazione quotidiana spontanea, mai più dolori, e le sue condizioni generali sono completamente rifiorite; l'addome, dapprima ancora allargato, è andato riducendosi sin quasi alla norma. Ripetuti esami radiologici (Montanari) hanno dimostrato che il pasto opaco giunto nel ceco si scarica in massima parte per la bocca anastomotica nel colon pelvico, ove subisce una sosta, prima della defecazione, potendo risalire nel discendente senza raggiungere la fles-

sura splenica; una scarsa parte dal ceco segue la via fisiologica e resta scaglionata lungo il colon trasverso, ove piccole tracce persistono dopo il secondo giorno. Col clisma opaco, dopo l'ampolla, si riempie subito (attraverso l'anastomosi) il ceco-ascendente e parte del trasverso. Di anormale rilevasi una discreta raccolta di gas nell'angolo splenico e nella metà sinistra del trasverso, che rimane sempre piuttosto dilatato.

* * *

In conclusione, ritenendo che la demolizione totale del crasso sia operazione troppo grave per gli effetti immediati e tardivi, e che le sole anastomosi non ottengano soddisfacenti risultati terapeutici, crediamo di presentare nel processo operatorio descritto (*anastomosi del ceco col colon pelvico ed amputazione in due tempi dell'ansa sigmoide soprastante*) un metodo benigno, con cui si sopprime (megasigma), ovvero si riduce notevolmente, sopprimendone la parte più importante (megacolon totale), la malformazione colica, e si stabilisce una via di derivazione interna tra gli estremi del crasso, che drena il colon, per lo meno quando angolazioni od altri ostacoli organici e funzionali tendessero a mantenere la stasi fecale nel tratto restante.

Ancona, 23 dicembre 1927.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE DI RAVENNA
SEZIONE MEDICA diretta dal Prof. F. SCHIASSI.

La plasmochina nella cura della malaria dei bambini.

Prof. F. SCHIASSI e Dott. G. MERIGHI.

La plasmochina è un derivato della chinolina, preparato in via sintetica dai Dr. Schulemann, Schönhöfer e Wingler e messa in commercio dalla ditta Bayer.

Fin dal luglio 1925 il Dr. Schülemann pregò uno di noi (Schiassi) di sperimentare la plasmochina nei malarici del Ravennate, offrendo anche la collaborazione del Dr. Roehl.

Ma chi ricevette i campioni era stato fino allora un fervido credente nella efficacia terapeutica della chinina e uno scettico irreducibile riguardo all'efficacia di tutti i succedanei della chinina nella cura della malaria, per cui, siccome la plasmochina, nonostante il suo nome, non contiene chinina, accolse cortesemente le scatole di compresse e le mise fra i molti campioni di medicamenti, che ogni medico quotidianamente riceve.

Dopo aver letto i risultati delle osservazioni di Hörlein, Roehl, Sioli, Hühlens (*Beihefte zum Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hyg.*, Bd. 30, n. 3, 1926); di Mühlens, Fischer, Roehl, Radojicic, Djokic, Polychroniades, Sliwensky (*Beihefte zum Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hyg.*, Bd., 31, n. 1, 1927); di Memmi e Schulemann (*Rivista di malariologia*, anno V, fasc. 1, 1927); di G. Antonelli (Ibid., fasc. 2, 1927), allora fu da noi sperimentata la plasmochina.

Le prime prove negli adulti confermarono pienamente i risultati ottenuti dagli altri. In seguito abbiamo creduto opportuno estendere l'uso del medicamento alla cura della malaria dei fanciulli, nei quali, prescindendo dai fenomeni di intolleranza veri e propri, la terapia chininica per effetto del sapore del medicamento non viene quasi mai compiuta secondo le norme oggi in uso, basate principalmente sul riconoscimento della necessità di una prolungata somministrazione.

Chi ha pratica di zone malariche sa che in generale l'uso del chinino, seguito da tutti per combattere l'accesso febbrile, non viene poi continuato a lungo per combattere le recidive. Si tratta di un pericolo non imminente, per cui il malarico non si rassegna a sopportare il ronzio alle orecchie, lo stordimento, le molestie gastriche che spesso dànno le dosi terapeutiche di chinino. Se questo vale per gli adulti, per i bambini e specialmente per i lattanti v'è la difficoltà della somministrazione, che fa abbandonare il medicamento appena cessati gli accessi.

I malarici da noi curati con la plasmochina furono 41: in parte ricoverati nell'ospedale di Ravenna, in parte curati a domicilio nella zona di S. Alberto, Mandriole e Primaro (Tab. I). L'accertamento con l'esame del sangue in grossa goccia dimostrò in 35 il plasmodio della terzana primaverile, in 6 quello della estivo-autunnale.

TABELLA I.

Numero dei malarici curati con la plasmochina divisi secondo l'età

mesi 1 - mesi 6		mesi 6 - mesi 12		anni 1 - anni 2		anni 2 - anni 3		anni 3 - anni 6		anni 6 - anni 12		anni 12 - anni 60	
Terz. prim. 1	estivo aut. —	terz. prim. 3	estivo aut. 1	terz. prim. 6	estivo aut. —	terz. prim. 4	estivo aut. —	terz. prim. 6	estivo aut. 1	terz. prim. 6	estivo aut. —	terz. prim. 9	est. aut. 4

Per gli adulti abbiamo seguito, in generale, lo schema di Mühlens:

Per 7 giorni 3 volte al giorno gr. 0,02 di Plasmochina
» 4 » pausa
» 3 » 3 volte al giorno gr. 0,02 di Plasmochina
» 4 » pausa
» 3 » 3 volte al giorno gr. 0,02 di Plasmochina
» 4 » pausa
» 3 » 3 volte al giorno gr. 0,02 di Plasmochina
» 4 » pausa
» 3 » 3 volte al giorno gr. 0,02 di Plasmochina
» 4 » pausa
» 3 » 3 volte al giorno gr. 0,02 di Plasmochina

***

Per i bambini, mancando finora criteri precisi di altri osservatori, siamo partiti dalle seguenti dosi:

da 6 a 12 anni ctgr. 3-4 al dì;
da 1 a 6 anni ctgr. 1,5-3 al dì.

Le quali furono modificate via via a seconda del comportamento dei fenomeni clinici dell'infezione e dei fenomeni di intolleranza osservati.

In tutti i casi fu seguito lo schema di Mühlens della somministrazione discontinua, sebbene noi siamo convinti che sarebbe opportuno provare anche nella cura con la plasmochina, il metodo della somministrazione continua che siamo soliti seguire nella cura con la chinina (cfr. F. Schiassi: *La Malaria*, Cappelli, 1923).

Esporremo le storie cliniche di tutti i malarici curati con plasmochina in un lavoro di prossima pubblicazione: qui ci limitiamo a riassumere i risultati ottenuti.

Le nostre osservazioni sono state protratte per un periodo vario da tre a otto settimane e riguardano soltanto l'azione terapeutica della plasmochina nella cura dell'accesso malarico durante la stagione endemica. Non è possibile per ora stabilire quale sia l'efficacia del nuovo medicamento in rapporto alle recidive, perchè l'osservazione è stata fatta per un periodo troppo breve.

***

Un solo bambino di età inferiore ai sei mesi è caduto sotto la nostra osservazione e precisamente di mesi tre. Fu iniziata la cura con ctgr. 0,5 tre volte al giorno: dopo il primo giorno di cura non si ripeterono più gli accessi. Al sesto giorno comparve cianosi e allora fu diminuita la dose a ctgr. 0,5 due volte al giorno e continuata così. Per quanto l'esperienza di un solo caso non consenta di stabilire una norma, pure riteniamo che nei lattanti di età inferiore ai sei mesi si possa impunemente somministrare ctgr. 1 al giorno di plasmochina in due volte, senza recare danno e raggiungendo pienamente lo scopo terapeutico.

Nei primi due, tre giorni di cura si potrà anche elevare la dose a ctgr. 1,5.

Di età fra i sei e i dodici mesi furono curati 4 soggetti: in tre di mesi undici la dose di ctgr. 1 due volte al giorno si dimostrò efficace a combattere gli accessi, senza dare un grado notevole di cianosi; soltanto nel quarto bambino di mesi otto, al terzo giorno di cura con due ctgr., si dovette ridurre la dose a ctgr. 1 perchè sopravvenuta la cianosi. Si ottenne dopo due, tre giorni di cura la scomparsa della febbre.

Noi riteniamo perciò che nei lattanti dai sei ai dodici mesi si possa impunemente usare la dose di ctgr. 2 al giorno, divisa in due volte: se hanno però superato di poco i sei mesi sarà opportuno, dopo i primi due giorni, diminuire la dose a ctgr. 1-1,5.

Di età fra 1-2 anni furono curati sei bambini: in 4 di questi la cura fu iniziata con ctgr. 1 tre volte al giorno; ma al 4° giorno di cura in due di essi (l'uno di mesi 16, l'altro di mesi 17) la dose fu diminuita a 1 ctgr. due volte al giorno, per la comparsa di intensa cianosi. Gli altri due (l'uno di mesi 20, l'altro di mesi 24) sopportarono bene la dose di ctgr. 1, tre volte al giorno. Due bambini, l'uno di mesi 19, l'altro di mesi 17, furono curati con 1 ctgr. due volte al giorno e non presentarono alcun sintoma di intolleranza.

In tutti si ottenne dopo due giorni di cura la scomparsa degli accessi. In generale si può dire che nei soggetti di età da uno a due anni la dose terapeutica necessaria e sufficiente è di ctgr. 1, due volte al giorno. Tale dose può essere elevata a ctgr. 1, tre volte al giorno, per i primi due giorni di cura nei bambini dai 12 ai 18 mesi. Nei bambini dai 18 ai 24 mesi si può prolungare per tutto il periodo della cura la dose di ctgr. 1 tre volte al giorno.

Di età fra i due-tre anni furono curati 4 bambini: due con ctgr. 1 tre volte al giorno; uno con ctgr. 1 due volte al giorno, uno con ctgr. 1 quattro volte al giorno. In tutti si ottenne la scomparsa degli accessi dopo due giorni di cura.

Quello curato con ctgr. 1 quattro volte al giorno, al terzo giorno ebbe irrequietezza e cianosi, per cui la dose fu ridotta a ctgr. 1 due volte al giorno. Anche uno di quelli curati con ctgr. 1 tre volte al giorno ebbe lievissima cianosi, la quale però era di così lieve grado che fu proseguita la cura con la stessa dose.

Nei bambini dai due ai tre anni la dose terapeutica iniziale, è di ctgr. 3, la quale potrà essere mantenuta immutata per tutta la durata della cura oppure diminuita a ctgr. 1 due volte al

giorno, se vi sarà comparsa di cianosi. Anche in questo gruppo di ammalati si ottenne la scomparsa dell'accesso dopo due giorni di cura.

Di età fra i tre e i sei anni furono curati 7 bambini· due furono curati con ctgr. 1 tre volte al giorno e dopo due giorni di cura non ebbero più accessi nè manifestarono cianosi. Due furono curati con ctgr. 1 quattro volte al giorno, ma in uno si dovette diminuire la dose al terzo giorno, portandola a due ctgr. perchè intensamente cianotico, nonostante avesse un anno più di quell'altro.

Un bambino di anni tre e mezzo fu curato con ctgr. 1 due volte al giorno: dopo otto giorni, durante il periodo della regolare sospensione della cura, ebbe due lievi recidive per cui la cura fu ripresa con ctgr. 1 tre volte al giorno e si ottenne la scomparsa definitiva della febbre. Un bimbo di anni 4 e mezzo con infezione estivo autunnale iniziò la cura con ctgr. 1 cinque volte al giorno: nonostante la cianosi si somministrò la stessa dose per una settimana, perchè l'accesso era scomparso al terzo giorno, ma si verificava ancora un lieve movimento termico subfebbrile. Dopo la prima settimana fu proseguita la somministrazione senza alcun giorno di interruzione abbassando la dose a ctgr. 1 tre volte al giorno: al 12° giorno di cura ininterrotta si ebbe un lieve accesso (T. 38°,8); allora si proseguì la cura sempre ininterrottamente con plasmochina composta (tre compresse al giorno) e non si verificarono più accessi. Ripetuto l'esame del sangue a 20 giorni dall'inizio della cura non furono riscontrati parassiti.

Nella bambina Manetti Vittorina (terzana primaverile) con ctgr. 1 quattro volte al giorno si ottenne una modificazione della curva termica, nel senso che questa non presentava più il carattere della febbre intermittente; al 7° giorno comparve cianosi e la dose fu diminuita a ctgr. 1 tre volte al giorno; in seguito persistendo la febbre si tornò al chinino, anche per iniezione, senza alcun risultato. Dopo 45 giorni di osservazione la febbre persisteva ancora, per lo più col carattere di accessi quotidiani di breve durata (2-3 ore). Esami del sangue ripetuti non dimostrarono più il parassita. Per questo reperto negativo e per il quadro clinico si è pensato alla possibilità che la febbre dipendesse da altra causa e non dalla malaria. Questo è l'unico caso in cui non si ottenne lo sfebbramento. In base ai dati sovraesposti si ritiene che la dose da usarsi nei bambini dai tre ai sei anni sia di ctgr. 1 tre volte al giorno.

Anche la dose di ctgr. 4-5 può essere tollerata per qualche giorno (2-3), trascorsi i quali è sempre opportuno scendere alla dose di ctgr. 1, due, tre volte al giorno.

Di età fra i sei e i dodici anni furono curati 6 bambini, dei quali uno con ctgr. uno tre volte al giorno, 4 con ctgr. 1 quattro volte al giorno e uno con ctgr. 1 cinque volte al giorno. Uno solo di quelli curati con ctgr. 4 al giorno ebbe lieve cianosi; per cui fu sospesa la cura al quinto giorno; al nono giorno recidiva. Allora fu ripresa la cura con tre ctgr. Con questa dose si ebbero a giorni alterni per una settimana lievi elevazioni termiche poi sfebbramento definitivo. Il soggetto curato con ctgr. 1 cinque volte al giorno ebbe al 4° giorno di cura intensa cianosi, per cui si dovette diminuire la dose a ctgr. 1 tre volte al giorno.

Si può ritenere che la dose terapeutica dai sei ai dodici anni sia di ctgr. 1 quattro volte al giorno da diminuire poi a ctgr. 1 tre volte al giorno qualora compaia la cianosi.

Gli altri tredici soggetti da noi curati erano di età oscillante dai 15 ai 50 anni. Undici furono curati con la sola plasmochina, gli altri con plasmochina composta, per mancanza di plasmochina pura. Sei di quelli curati con sola plasmochina ricevettero ctgr. 2, tre volte al giorno e in tutti la febbre scomparve al 2° giorno di cura; tre furono curati con ctgr. 2 quattro volte al giorno. Di

TABELLA II.

Dosi di plasmochina in rapporto con l'età

mesi 1 - mesi 6	mesi 6 - mesi 12	anni 1 - anni 2	anni 2 - anni 3	anni 3 - anni 6	anni 6 - anni 12
ctgr. 0,5 2 volte al giorno	ctgr. 1 2 volte al giorno.	ctgr. 1 2 volte al giorno.	ctgr. 1 3 volte al giorno.	ctgr. 1 3 volte al giorno.	ctgr. 1 4 volte al giorno.
Nei primi due giorni si potrà elevare la dose fino a ctgr. 0,5 3 volte al giorno.	Talvolta, dopo i primi due giorni ctgr. 0,5 3 volte al giorno.	ctgr. 1 tre volte al giorno nei primi due giorni di cura.	ctgr. 1 due volte al giorno a partire dalla comparsa della cianosi.	Nei primi tre giorni 1 ctgr. quattro o cinque volte al giorno.	Diminuire a 1 ctgr. tre volte al giorno se compare la cianosi.

questi uno di anni 18 dopo sei giorni manifestò una cianosi intensa, per cui la dose fu ridotta a ctgr. 2 tre volte al giorno.

I risultati dal punto di vista terapeutico furono buoni in tutti, in quanto che di solito dopo 2-3 giorni di cura l'accesso fu troncato e, quando fu possibile il controllo, si constatò sempre la scomparsa dei parassiti al 3º-4º giorno.

CONCLUSIONI.

1) La plasmochina nella cura della malaria dei bambini ha dimostrato una efficacia terapeutica come negli adulti, cioè la scomparsa degli accessi febbrili al 2º-3º giorno di cura.

2) Essendo la plasmochina insapore e solubile presenta il grande vantaggio di poter essere somministrata anche ai lattanti, disciolta nel latte o in qualsiasi altro veicolo.

3) Il fenomeno di intolleranza costante, quando si eccede nella dose, è la cianosi, la quale di solito non s'accompagna nè a sintomi generali nè a sintomi locali che abbiano il significato di un'azione tossica di notevole importanza. Questo concorda con le recenti ricerche di Fischer e Weise (*Deut. Med. Woch.*, 1927, n. 34) i quali non solo dimostrarono che la cianosi è dovuta alla formazione di metaemoglobina, ma dimostrarono anche che quando la metaemoglobinemia raggiunge la concentrazione del 20 % di metaemoglobina non si osservano nè fenomeni generali, nè fenomeni locali dannosi.

4) Le dosi di sicura azione terapeutica nella cura degli accessi malarici nei bambini in rapporto con la varia età sono esposte nella Tabella II.

* * *

È da augurarsi vivamente che anche in Italia si riesca presto a produrre questo medicamento sintetico, che nella cura dell'accesso malarico dei bambini si dimostra efficace come la chinina, della quale però non ha il sapore sgradevole. È da augurarsi anche che per la pratica pediatrica il prodotto venga messo in commercio o in soluzione o in compresse contenenti un centigrammo, giacchè suddividere le attuali compresse tedesche di 2 ctgr. in quattro parti non è compito agevole.

MEDICINA SOCIALE.

Meno sanatori e più tubercolosari

per il dott. G. F. CAPUANI.

La vicina attuazione del grandioso programma di lotta antitubercolare, voluto dalla legge sulla assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, e che si estrinsecherà con l'immediata costruzione di 12 mila posti-letto per ricoverare malati di tubercolosi, richiede che si prepari, almeno in linee generali, il piano preliminare secondo il quale questa costruzione dovrà avvenire.

La legge parla di sanatori e di riparti ospitaliero-sanatoriali, senza fissare naturalmente in quali proporzioni dovranno essere costituiti i primi rispetto ai secondi, giacchè si tratta di una distinzione di carattere tecnico sanitario. Nè probabilmente tale distinzione si potrà trovare nel regolamento, perchè si comprende che per i diversi bisogni delle provincie del regno, sarebbe illogico non tener conto regione per regione, degli istituti già esistenti per dare maggior sviluppo alla parte più manchevole.

Senonchè intorno a questo argomento esiste un discreto disaccordo nel campo dei cultori della medicina sociale. È noto come ci siano molti tisiologi i quali appassionati sostenitori della cura sanatoriale della tubercolosi vorrebbero vederla piazzata al primo posto nell'armamento antitubercolare, mentre è pure noto che la tendenza dei medici-sociologhi puri, è quella di una lotta a base profilattica che essi vorrebbero eretta a sistema, come se la scienza medica avesse dichiarato il fallimento completo della cura della tubercolosi. La grande maggioranza dei medici, giudica egualmente errate le conclusioni estreme ed assolute delle due tendenze, mentre crede che il giusto vero stia in un punto intermedio, la cui determinazione è assai importante agli scopi pratici della applicazione del suddetto grandioso programma di lotta antitubercolare, pur essendo difficilissimo da valutare per i motivi che vedremo.

La discussione di questo problema, in questo periodo di preparazione, appare anche più opportuna perchè da alcuni segni sembra già di intravedere che la sua soluzione avrà un indirizzo un po' unilaterale che potrebbe essere quindi meno proficuo per la lotta che tanto sta a cuore a medici e a sociologhi.

* * *

In fatto di ricovero di tubercolotici distinguiamo il Sanatorio per le forme curabili, dal tubercolosario (che il Ministero degli Interni per

intuitive ragioni di opportunità e di umanità vorrebbe si chiamasse ospedale-sanatorio) per ricoverare malati incurabili bacilliferi a scopo di isolamento e cioè di profilassi.

Lo studioso puro di sociologia, che guarda alla salute di un popolo, che esamina le statistiche, e che vede come la tubercolosi che si renda clinicamente manifesta difficilmente è suscettibile di stabile completa guarigione, ha la tendenza di abbandonare i metodi curativi per dare il massimo sviluppo ai metodi profilattici. Poichè la scienza medica non riesce a far diminuire la frequenza della tubercolosi curando i malati, la società abbandona la cura del malato per dedicarsi alla profilassi. Agisce come contro il colera: essendo assai aleatoria la riuscita della cura contro la malattia, la società indirizza i suoi sforzi alla prevenzione e alla profilassi isolando i malati infettanti.

Ma se questa è la tendenza del sociologo, ben altra è quella del medico e quella del malato con i suoi famigliari.

Il medico per educazione professionale, il malato e i famigliari per ragioni di sentimento, tutti insieme per l'istinto umano che tende a salvare e a salvarsi, tutti dico, di fronte al malato si sentono portati a dargli aiuto, a curarlo, a tentare di tutto per cercare di sottrarre la vittima al suo male. E così noi vediamo un attaccamento del medico, del malato, dei famigliari a ogni sforzo curativo, nonostante che il sociologo ci abbia avvertiti che tale indirizzo non è il più logico per la lotta. Vediamo (appunto per questo istinto curativo) che anche i medici, che vengano preposti a istituzioni antitubercolari profilattiche, si lasciano quasi sempre trascinare dall'istinto che li porta ad assistere ed a curare con tanta maggiore premura i malati curabili, anche quando questa loro predilezione fa sì che essi trascurino in proporzione i malati più bacilliferi e quindi più pericolosi alla società, e ai quali dovrebbero dedicare maggior attenzione per far opera di propaganda, di persuasione e di sorveglianza.

Nel dispensario il malato grave viene rivisto con senso di pietà e alla fine quasi di stanchezza, mentre dovrebbe essere il beniamino della nostra opera; invece visitiamo, rivisitiamo e ci prodighiamo intorno al malato iniziale che è assai meno pericoloso per la società, perchè paucibacillare o non bacillare del tutto, salvo poi trascurarlo quando diventa incurabile o multibacillare quando cioè richiederebbe maggiormente la nostra opera almeno di sorveglianza. Lo stesso avviene nel tubercolosario: l'ospedale riceve ogni genere di tubercolotici ma quando arriva un malato meno grave e suscettibile di cura il medico è più contento e lo è meno quando il malato è grave; mentre invece agli scopi sociali noi dovremmo far voti che i ricoveri fossero tanto più facili quanto più bacillifero è il malato.

Tale istintiva tendenza curativa nell'uomo-medico è così forte che parecchi tubercolosari, finiscono, per la concorde azione dei medici e degli amministratori tutti animati dall'uguale tendenza umanitaria, a trasformarsi in sanatori esigendo così la costruzione in altre località del reparto del tubercolosario.

Questa tendenza curativa pare, ho detto, sia per prevalere nel prossimo svolgimento di lotta antitubercolare in regime di assicurazione contro la tubercolosi. Sui dati della mortalità nostra, e dai confronti con quanto avviene in Germania, è stato fissato un periodo medio di 4 mesi di degenza sanatoriale per malato. Si comprende subito come tale periodo di tempo sia buono per fare una proficua cura della tubercolosi allo stadio iniziale, mentre non serve a nulla agli effetti di isolamento, giacchè un malato bacillifero richiede sempre una media assai più lunga di giornate di degenza.

Il dato statistico ha un valore enorme perchè è stato preso a base del finanziamento; cosicchè noi oggi tenendo presente la durata di 4 mesi per ogni ricovero, visto l'esempio di ciò che avviene in Germania per l'assicurazione contro la tbc., e la tendenza generale di medici e profani, possiamo dedurre che nel nostro piano di lotta in regime di assicurazione il ricovero sanatoriale tipo curativo avrà senza dubbio la precedenza.

Senza voler senz'altro proclamare erronea tale linea di condotta, è però possibile farne un esame critico.

Una media di 4 mesi di sanatorio potrà dare senza dubbio, dei buoni sensibili risultati, ma non dobbiamo dimenticare che su tale argomento sono assai disparati i pareri dei competenti. Dalle cifre iperbolicamente lusinghiere di un medico sanatorista, il quale a scopo di propaganda, scriveva recentemente, che per mezzo della cura sanatoriale guarisce definitivamente l'80 % dei malati di tubercolosi, a quelle più modeste e fatte su un enorme materiale a Leysin che abbassano tale cifra al 33 %, ad altre dei sanatori italiani scientificamente più esatte che riducono tale proporzione al 25 % circa definitivi dei casi, si ha una oscillazione cospicua poco atta invero a toglierci dal petto il triste incubo della malattia che non perdona. Resta in ogni modo una soluzione parziale e tale che non potrebbe per sè sola efficacemente opporsi al dilagare della malattia anche quando si imaginasse di poter

ricoverare, per il tempo prescritto, tutti i malati di tubercolosi curabili, perchè di fronte ad una quarta parte di ricuperati avremo pur sempre tre quarti di incurabili.

Un esempio pratico dell'erroneità di tale unilaterale programma è visibile a Bergamo, ove per circostanze speciali dal 1919 prese buon sviluppo il tipo di cura sanatoriale, senza un adeguato sviluppo della profilassi. Il Comune disponeva di 125 posti letto sanatoriali e di soli 30 posti letto ospitalieri di isolamento. Il Comune ha ricoverato sistematicamente con prontezza e facilità tutti i malati potendo disporre del sanatorio suddetto. Se non che i malati vi venivano trattenuti fin tanto che erano curabili e scarsamente bacillari, salvo naturalmente venir rimessi in circolazione in società e in famiglia quando diventavano incurabili e più bacilliferi per impossibilità di venire isolati data la scarsità di posti a tipo ospitaliero.

Ne è venuto questo risultato: che Bergamo, munita di un servizio sanatoriale quale non hanno in proporzione altre città, ma sprovvista di istituzioni di isolamento, ha visto aumentare la sua mortalità per tubercolosi, mentre invece nel rimanente del regno accenna a diminuire, cosicchè dal 1921 al 1926 l'indice ‰ dei suoi morti per tubercolosi è stata progressivamente: 27.0, 28,5, 28.6, 28.8, 28.7, 33.0. Non è certo il caso di attribuire tutta la responsabilità di tale andamento al tipo di lotta antitubercolare seguito, perchè è notorio che la diffusione della tubercolosi trae origine da cause svariatissime intimamente collegate a tutti i fenomeni sociali; è però possibile dedurne che tale tipo unilaterale di ospedalizzazione non è sufficiente per opporre sufficiente barriera alla diffusione della malattia.

*
* *

D'altra parte l'indirizzo curativo-sanatoriale che si vuol dare alla futura lotta antitubercolare trova appoggio sopra un forte argomento di indole nettamente giuridica. L'operaio che paga un premio quindicinale per assicurarsi contro la tubercolosi paga per difendere sè stesso: quando diventa malato può esigere di essere curato e sarebbe una enorme immoralità se allora gli si rispondesse: « tu sarai ricoverato quando sarai pericoloso alla società », quasi a fargli logicamente ritenere che i premi che egli pagava non erano per assicurare sè stesso contro la tubercolosi ma per assicurare la società contro di lui eventualmente pericoloso. Come si vede c'è già nella stessa etica della legge e nell'essenza stessa, nello spirito della forma di previdenza, un principio dal quale non si può prescindere e cioè che l'operaio paga per sè stesso: se la rimanente società vuol opporre delle misure di difesa contro il malato, disponga per sostenere le spese ma non pretenda di addossarle al malato stesso.

Per porre le basi del nostro ragionamento siamo così in possesso di tre elementi a favore del concetto curativo e di un solo a favore di quello profilattico.

1) L'etica della legge dell'assicurazione vuole un predominante sviluppo dell'assistenza curativa al tubercolotico che ha pagato i premi di una assicurazione a tale scopo.

2) Il tipo di finanziamento studiato e già legiferato tien conto di un concetto essenzialmente curativo.

3) Il naturale istinto del medico e del profano ha una tendenza alla cura e meno alla profilassi.

Contro queste argomentazioni sta solamente: 1 unico: la logica, scientifica necessità sociale di una lotta a base profilattica che favorisca i ricoveri dei malati incurabili perchè più infettanti.

*
* *

Il tentativo di risolvere il problema in favore dell'ultima unica argomentazione profilattica appare subito assai arduo. Potrebbe essere più facile se il finanziamento venisse fatto dalla società senza distinzione di provenienza, ma di fronte agli argomenti citati coi numeri uno e due non si può a meno di restare perplessi.

Da questa impostazione parrebbe dovesse scaturire una soluzione chiara ed evidente e precisamente: l'assicurazione obbligatoria provvederà alla cura e alla assistenza degli assicurati, mentre alla profilassi provvederanno i Consorzi con il loro finanziamento in corso. Se non che una tale distinzione ripugna all'animo di chiunque, appassionato e conoscitore dei problemi di medicina sociale, sappia quali rapporti, quali inscindibili legami di causa od effetto, corrano fra i diversi aspetti delle malattie sociali, si da fare aborrire da ogni schematica facile divisione per fare desiderare invece un'unione, un superamento delle barriere divisorie per arrivare con maggior slancio a una completa visione unitaria del problema.

Infatti se si volesse accettare tale distinzione come si provvederebbe alla cura dei non assicurati? E perchè non dovrebbe l'assicurato

contribuire al pagamento delle diarie di ricovero a scopo di isolarlo dalla famiglia che diversamente verrebbe distrutta dopo di lui? Bastano questi due esempi di obbiezione per far comprendere come la risoluzione del problema non stia in una distinzione di mansioni fra le diverse istituzioni, ma si debba invece cercare di risolverlo senza intaccare quella che deve essere armonia e unità di programma di lotta da svolgersi dalle Assicurazioni Sociali in stretta unione ai Consorzi antitubercolari.

Ammesso questo principio di collaborazione ed eliminata la tentazione del divisionismo, procediamo con spirito non medico curativo, ma con quello superiore del sociologo che mira a salvaguardare la salute della nazione.

Nel pretendere che l'operaio assicurato provveda anche sia pure parzialmente ai ricoveri per isolamento, noi gioviamo anzitutto alla sua famiglia.

Anche concedendo che tale contributo decurti leggermente la possibilità di ricovero curativo, si deve considerare che salvaguardando la sua famiglia dall'infezione noi realizziamo il programma antitubercolare se non proprio nella persona del malato, nell'ambito della sua stessa famiglia. Sarà difficilmente possibile far comprendere questo principio all'operaio poco colto, e anche più difficile sarà di poterlo fare quando si trovi malato, ma il sociologo e il legislatore sicuri di far bene devono agire secondo la migliore direttiva. E allora se riteniamo superate queste pregiudiziali dobbiamo bene considerare quello che si fa quando si dispone per le cure sanatoriali, senza disporre per un congruo numero di posti letto ospitalieri. Non ci accechi l'entusiasmo che ci induce a curare, ma ci sia di freno il quadro troppo frequente di malati bacilliferi che vivono in famiglia per mancanza di posti di isolamento. Ed è doloroso vedere questi casi, sorgenti gravi di contagio ai quali nessuno pone rimedio, mentre tutti dai Consorzi ai Comuni, dalle Congregazioni alle Casse di Risparmio, alle Direzioni degli Stabilimenti, sono pronti a prestarsi e a intervenire di fronte al sapore romantico del caso della giovinetta appena colpita dal male. Tutti vogliono tentare la problematica opera di salvezza salvo poi negarle il ricovero quando sia incurabile o quando diventa certa la infezione ai suoi famigliari giovani coabitanti, che invece sarebbero profilatticamente salvati con una certezza ben maggiore di quella che si poteva avere di salvare la malata stessa.

L'operaio malato e incurabile che rimane in famiglia produce danni economici morali e sanitari tali che sono senza dubbio maggiori di quelli che se ne avrebbero qualora non fosse ricoverato nel periodo curativo. È superfluo insistere sulla gravità e frequenza di casi di tubercolotici incurabili costretti a dividere la loro camera e spesso il loro letto con altri famigliari, causando quasi sempre quelle epidemie famigliari che un tempo venivano spiegate con la legge dell'ereditarietà della malattia. Il quadro è così grave e frequente che io credo che la classe medica facendo forza all'istinto curativo e ai sentimenti umani ai quali ho accennato, dovrebbe proclamare il dogma che nella lotta antitubercolare la precedenza debba spettare alla profilassi, e che *in tema di ricoveri si abbia a provvedere prima a tutti quei malati che non possono disporre di un minimun di isolamento famigliare*. Assolto a questo primo urgente bisogno tutta la restante disponibilità vada per la cura sanatoriale.

*
* *

Si presenta così alla discussione il problema dell'allestimento dei tubercolosari, raccomandati da Morelli e Mendes al Congresso contro la Tubercolosi, tenutosi nell'ottobre 1927 a Milano. Nello stesso congresso ci fu chi raccomandò per uso di tubercolosario la costruzione di locali semplici a tipo di baraccamento e con funzionamento in economia, riputando inutile allestimenti ospedalieri veri e propri per dei malati inguaribili. La questione del tipo economico o meno del tubercolosario non può essere discussa separatamente dalla questione del suo funzionamento sanitario in quantochè i due termini hanno uguale importanza e spesso la deficienza di uno dei termini può essere tale da distruggere i vantaggi dell'altro, e viceversa i vantaggi di uno dei due possono essere tali da far sopportare le deficienze dell'altro.

In generale la costruzione economica a tipo baraccamento urta contro i sentimenti del malato e della popolazione, e il concetto di ripristinare per la tubercolosi delle specie di lazzaretti, non è certo il migliore mezzo per vincere le difficoltà che la lotta antitubercolare suol trovare nei preconcetti e nelle ostilità delle popolazioni. I malati incurabili di tubercolosi si lasciano ricoverare più difficilmente dei curabili i quali traggano la forza di superare l'avversità al ricovero, appunto perchè animati dalla speranza di guarire. Tolgasi questa speranza, e si vedrà quali difficoltà se ne avranno, difficoltà tanto più grandi, quanto più accentuato sarà il carattere di lazzaretto dell'istituto. In definitiva

però ciò che determina la maggiore o minore avversione verso tali luoghi è l'indirizzo sanitario che si segue. Negli ospedali ove i servizi sono disposti bene, ove la scelta del personale e l'assistenza curativa e morale sono perfetti, dopo poco tempo presso la popolazione (quella dei malati e delle loro famiglie) si diffonde la conoscenza di ciò che si fa nell'istituto e allora i caratteri edilizi dell'ospedale passano in seconda linea per essere soprafatti da quelli sanitari curativi. Cosicchè nel primo tempo della costruzione i malati opporranno difficoltà a farsi ricoverare in un ospedale di baracche e ne opporranno meno di fronte a un lindo e ridente ospedaletto; ma dopo pochi anni la preferenza sarà per quello ove è migliore l'assistenza morale e sanitaria. Il fenomeno del resto è logico: ognuno di noi per qualsiasi malattia preferirebbe di essere curato anche in un locale disadorno ma servito da valenti sanitari e da amorose infermiere, piuttosto che essere in un palazzo di cristallo ma con assistenza negletta o tecnicamente incapace. Di questo elemento di funzionamento non si suole comunemente tener conto perchè si parte dal presupposto ch'essa sia eguale in tutti gli stabilimenti. Se le cose stessero realmente così il problema dei ricoveri per isolamento potrebbe venir risolto egregiamente senza bisogno di nuove costruzioni, usufruendo degli innumerevoli ospedaletti del contado che dispongono quasi sempre di locali vuoti ove potrebbero benissimo essere ricoverati tali malati. Esperimenti in tale senso sono stati fatti ma riescono solamente là dove una speciale passione o competenza del medico sa dare al reparto una importanza, un interessamento che riesca di gradimento ai malati. Nella maggior parte invece degli ospedaletti di paese, il medico ha poco entusiasmo e competenza per tali malati, le suore spesso ne hanno un sacro terrore, sì che l'ammalato finisce per essere abbandonato. Sotto il pretesto di dover avere stoviglie distinguibili dagli altri si dà loro un servizio da tavola che è un campionario di forme e di colori; dovendosi farle bollire con il pericolo di facili rotture, si danno preferibilmente stoviglie già sbocconcellate o con inizii di rotture. Se a ciò si aggiunge che anche nell'arredamento della camera viene istintiva la tendenza ad approfittare di cose usate o di poco valore che possano poi essere bruciate, si ha un quadro un po' troppo pietoso ma pur troppo realistico di quello che sono certi repartini, certe camerette di isolamento per tubercolotici, attrezzate negli ospedali dei paesi di provincia. Il quadro apparrà senza dubbio eccessivamente fosco a chi non vi abbia vissuto vicino per ragioni professionali ma la dura realtà di tale stato di cose si imporrà, per far fallire la maggior parte di tali repartini, qualora si volessero allestire senza tener conto della necessità di assicurar loro un funzionamento perfetto dal lato assistenziale sanitario.

Quanto ai tubercolosarii di concentramento o provinciali si costruiscano pure economicamente ma tutto vi deve essere disposto in modo da fare una buona impressione al malato, e da invogliarlo a rimanervi. Non devono mancare le verande di cura e gli orari di riposo devono essere prescritti, tutto il personale dal direttivo al più umile deve essere scelto con cura fra elementi che almeno non abbiano avversione per tale tipo di malati, tutti i servizi dai diagnostici ai terapeutici devono essere curati ed apprestati, anche se creduti inutili, perchè anche se superflui allo scopo di guarigione, sono preziosi per valorizzare l'ospedale e per indurre i malati a rimanervi. I malati di tubercolosi, quando si voglia e si sappia, si possono illudere fino all'ultimo, e fino all'ultimo si possono trattenere, per quella particolare inconscia speranza, che i medici antichi avevano messo in evidenza chiamandola *spes pthisica*. I servizi agonici, mortuari e funebri devono essere sapientemente occultati, i malati gravissimi devono essere spostati con accorgimento in modo da nascondere quasi i più gravi e da rendere per quanto è possibile meno sensibile la loro scomparsa; tutti accorgimenti con i quali si può rendere tollerabile il soggiorno anche al tubercolosario.

*
* *

Cosicchè per riassumere i concetti esposti, potremo dire che a onta del naturale istinto curativo di medici e profani e ad onta del significato della assicurazione contro la tubercolosi il ricovero per proflassi deve avere il primo posto nella lotta contro la tubercolosi.

Prima bisogna disporre per ricoverare ogni tubercolotico infettante che non abbia una camera per sè od abbia un indice di pericolosità grave secondo il geniale metodo del dispensario così detto ambulante della A. N. M. C.

I locali per isolamento possono essere costruiti anche con criteri economici o attrezzati comunque e ovunque: devono però avere un funzionamento perfetto se non vogliamo che rimangano vuoti e che i malati preferiscano circolare in mezzo alla società frustando tutti i risultati che avremo potuto ottenere nel campo curativo.

STORIA DELLA MEDICINA

Guglielmo Harvey

(Nel terzo centenario della pubblicazione del suo libro sulla circolazione).

Prof. ARTURO CASTIGLIONI
Professore di storia della medicina
nella R. Università di Pavia.

Fra gli stemmi degli allievi stranieri che ornano l'atrio dell'Ateneo padovano e ne formano un documento insigne di nobiltà, ve ne ha uno al quale si rivolge, particolarmente in questi



giorni, l'attenzione memore e devota di quanti coltivano i ricordi del passato. Lo stemma raffigura un braccio teso che tiene nel pugno una fiaccola accesa attorno alla quale si attorcigliano i due serpenti d'Esculapio, simbolo eloquente dell'amore per lo studio e per la ricerca, e ad un tempo della passione per l'arte. Sotto lo stemma il nome di uno studente inglese iscritto alla nazione alemanna dello Studio patavino che nell'anno 1602 conseguì la laurea di dottore in medicina: nome fra i più illustri nella storia del pensiero medico e ben degno di figurare in quel ricordo marmoreo: Guglielmo Harvey.

Ricorre in quest'anno un duplice centenario. Il primo giorno d'aprile si sono compiuti trecentocinquant'anni dal giorno della sua nascita e nel mese di maggio ricorre il terzo centenario della pubblicazione del libro nel quale apparisce definitivamente suggellata la scoperta della circolazione del sangue.

L'Inghilterra, sotto gli auspici del Regio Collegio dei Medici ai quali Harvey appartenne e dell'Università di Cambridge della quale fu allievo, prepara alla memoria di quelli che fu certamente il più insigne ed il più celebre dei medici inglesi, onoranze solenni: onoranze alle quali a buon diritto l'Italia partecipa. Poichè se l'Inghilterra gli fu patria, in Italia egli crebbe allo studio: dai maestri dello Studio padovano, in quell'epoca all'apice della sua gloria, egli trasse l'insegnamento: da Fabrizio D'Acquapendente che fu il più insigne degli anatomici italiani di quell'epoca, al quale si devono scoperte importantissime anche nel campo della circolazione, egli apprese i concetti fondamentali che formarono la base della dottrina della circolazione.

Il problema della circolazione del sangue, studiato nel Cinquecento dagli anatomici italiani, intravvisto forse nella sua soluzione dalla mente acutissima di Leonardo da Vinci, fatto oggetto di appassionate ricerche da Michele Serveto e da Realdo Colombo, fu avviato alla definitiva scoperta del circolo da Andrea Cesalpino nato ad Arezzo nel 1519, medico e filosofo insigne il quale tolse definitivamente al fegato la parte che gli era stata attribuita di centro di circolazione. Vari e non tutti inesplicabili furono i motivi per i quali i suoi meriti vennero in principio taciuti, poi discussi ed infine interamente negati o volutamente ignorati: il fatto innegabile nella sua importanza storica è che Andrea Cesalpino attaccò per il primo nelle sue fondamenta l'errore basilare della concezione galenica, e cioè l'inclusione del fegato nella grande circolazione, scalzandolo con esperimenti anatomici, e affermò nettamente il concetto della circolazione polmonare. Sessant'anni prima dell'opera di Guglielmo Harvey fu stampata quella di Cesalpino; all'epoca nella quale quegli si recò a Padova per i suoi studi ne erano state fatte tre edizioni, ciò che basterebbe a dimostrare non essere vera l'affermazione così frequentemente ripetuta che le scoperte di Cesalpino erano ignote in Italia.

È dunque opportuno e doveroso ricordare quale merito abbiano avuto nella preparazione dell'opera di Harvey gli anatomici italiani: da Berengario da Carpi, che aveva studiato e descritto minutamente le funzioni delle valvole, a Realdo Colombo, che nel 1558 pubblicava la sua opera, nella quale si afferma la non esistenza del supposto passaggio fra il cuore destro e il cuore sinistro e il fatto che la arteria venosa porta sangue e non aria; da Andrea Cesalpino ricer-

catore acuto e profondo che pronuncia per il primo nel 1559 la parola circolazione e per il primo osserva e descrive ciò che avviene nelle vene dopo la legatura del braccio, a Fabrizio d'Acquapendente che nel 1574 scoperse le valvole delle vene e nel 1603, anno nel quale Harvey partì dall'Italia, pubblicò il suo trattato « De venarum ostiolis » dal quale Harvey tolse le figure per il suo libro.

Posta così nei suoi giusti termini la questione della paternità della grande scoperta e riaffermati i meriti di coloro che ne ebbero la prima visione, si deve imparzialmente riconoscere come Guglielmo Harvey abbia portato alla soluzione del problema la parola decisiva e definitiva.

Nato il 2 aprile 1578 a Folkestone, studente a Padova dove compì regolarmente i suoi studi, divenne, al suo ritorno a Londra, medico dell'Ospedale di S. Bartolomeo, quindi professore di anatomia e di chirurgia e medico di Giacomo I e Carlo I, re d'Inghilterra. Egli seguì il re nel suo esilio d'Oxford, tornò poi a Londra per dedicarsi esclusivamente allo studio e visse quasi isolato rinunciando alla pratica per occuparsi esclusivamente delle sue ricerche scientifiche. Già nel 1616 espose ai suoi allievi la dimostrazione della circolazione del sangue: perfezionò poi le ricerche, perseguì la via degli esperimenti e nel 1628 pubblicò il libro immortale « *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus* » che distrugge definitivamente tutta la costruzione anatomica di Galeno, la quale sino allora formava ancora la salda base dell'insegnamento universitario e il fondamento della scienza anatomica della stragrande maggioranza dei medici. In diciassette capitoli, nei quali sono raccolti con stupefacente chiarezza i risultati di una serie infinita di esperimenti, sulla base di vivisezioni eseguite in una quantità di animali, di osservazioni sul cuore pulsante, sull'apparecchio valvolare, con chiara visione dei fatti meccanici, Harvey stabilì in un nesso causale perfettamente logico e chiaro, tutti i fatti essenziali della circolazione. Affermò che il cuore si contrae durante la sistole, che il sangue viene lanciato dall'atrio destro attraverso il polmone nell'arteria venosa e dall'atrio sinistro nel sistema aortico, che durante la diastole il sangue contenuto nelle grandi vene si raccoglie negli atri e passa da questi nei ventricoli. Egli vide il fatto importantissimo che la parte attiva del movimento cardiaco è la sistole e ne osservò i fenomeni e in prima linea l'espansione delle arterie: dimostrò la relazione causale fra la sistole del cuore e la diastole delle arterie: vide la verità della circolazione di *tutto* il sangue dal cuore destro al sinistro attraverso i polmoni; infine, partendo probabilmente dalla concezione di Realdo Colombo, descrisse la grande circolazione: « Cosa nuova ed inaudita » egli afferma, « tale da procurarmi inimicizie di tutto il mondo »: eppure egli deve affermarla per l'onestà dei suoi convincimenti e per la lealtà del suo pensiero.

Harvey è il primo, e questo è certamente uno dei più grandi fra i suoi meriti, il quale provi delle asserzioni nel campo medico con dimostrazioni matematiche. Egli affermò che il cuore è una pompa che funziona per forza muscolare ed è questo suo modo di considerare la circolazione da un punto di vista dinamico e meccanico, che costituisce la parte veramente geniale della sua opera. In questo suo piccolo libro, nel quale si raccolgono i frutti di uno studio tenace e diligentissimo, congiunto ad uno spirito d'osservazione acuto e profondo, si rivela intera la personalità intellettuale del grande scienziato, veramente degno come pochissimi altri di questo nome.

L'ultimo anello che ancora mancava alla dimostrazione perfetta della circolazione, cioè la prova dell'esistenza dei vasi capillari, viene posto assai più tardi da un italiano, il nostro immortale Malpighi, il quale, scoprendo nel 1661 l'esistenza dei vasi capillari e sostituendo la circolazione capillare a quella delle anastomosi che Harvey aveva imaginato, chiude definitivamente e magistralmente suggella il ciclo della scoperta della circolazione del sangue.

* * *

La scoperta di Harvey incontrò, come egli stesso prevedeva, una feroce campagna di opposizione e la cronaca degli attacchi violenti lanciati contro di lui da uomini che godevano altissima fama nelle maggiori università d'Europa, costituisce una pagina interessante, per quanto dolorosa, nella storia dell'evoluzione del pensiero medico. Centinaia di scrittori si affannarono a dimostrare l'insussistenza delle sue affermazioni, primo fra questi Primerose che pubblicò un libro nel quale si affermava la falsità degli esperimenti di Harvey e si difendevano le teorie di Galeno. Gasparo Hofmann fulminò retoricamente il colpevole; il milanese Giovanni Della Torre parlò di uno scandalo vergognoso; Guy Patin illustre medico parigino e decano della Facoltà non esitò a dichiarare la dottrina di Harvey « paradossale, inutile, falsa, impossibile, assurda e nociva ». Il più violento fra gli oppositori di Harvey fu l'anatomico e professore autorevolissimo Giovanni Riolano, medico di Luigi XIV e di Maria dei Medici, il quale sostenne che se il

risultato delle vivisezioni anatomiche non era del tutto corrispondente alla descrizione di Galeno, ciò si doveva attribuire al fatto che la natura da allora aveva cambiato, ma nulla dava diritto ad ammettere che Galeno avesse commesso degli errori.

Lentamente attraverso a queste feroci contese la verità, accettata da alcuni uomini insigni che riconobbero la giustezza delle osservazioni di Harvey, primi fra i quali il danese Stensen e l'inglese Loder, si venne facendo strada. Nel 1651 Harvey pubblicò la sua seconda opera monumentale « *Exercitationes de generatione animalium* ». Nel frontispizio della prima edizione di quest'opera è raffigurato Giove, il quale tiene in mano un uovo che porta la scritta « *Ex ovo omnia* »; da quest'uovo si vedono sortire, in questa figurazione simbolica, animali di tutte le specie e tra questi anche l'uomo. Tale raffigurazione allegorica simboleggia l'affermazione fondamentale contenuta in questo libro: essere cioè l'uovo la forma originaria comune a tutti gli animali. Il libro contiene una serie di esperimenti interessantissimi e il risultato d'importanti osservazioni embriologiche e di conclusioni filosofiche notevoli: esso ci dimostra come Harvey sia stato veramente il medico filosofo nel senso ippocratico: ragionatore instancabile, ricercatore acuto e profondo.

Il 3 giugno dell'anno 1657 Guglielmo Harvey morì a Londra circondato dall'affetto e dall'ammirazione dei suoi discepoli, giustamente apprezzato dai maggiori scienziati del suo tempo. L'Inghilterra, tributando altissime onoranze alla sua memoria con cerimonie solenni — celebrate sotto gli auspici del Reale Collegio dei Medici di Londra che Harvey costituì suo erede — alle quali non mancheranno l'intervento e la parola del rappresentante del glorioso Ateneo padovano, compie nobilmente un dovere di riconoscenza profonda. E certo a tale manifestazione si associano tutti coloro i quali hanno studiato l'opera di questo grandissimo medico e hanno seguito attraverso le pagine non periture dei suoi libri la via difficile e spesso assai dolorosa che, contro a tanti errori e tanti pregiudizi, lo guidò alla visione della verità.

SUNTI E RASSEGNE.

CUORE.

Le modificazioni del calibro dei capillari durante l'azione di alcuni farmaci: adrenalina, atropina, pilocarpina.

(FRANCO CASTELLOTTI. *Biochimica e Terapia Sperimentale*, 30 novembre 1927).

Se è ben nota l'azione che l'adrenalina, l'atropina, e la pilocarpina esercitano sul cuore e sui vasi, non altrettanto bene si conosce l'influenza che questi farmaci esercitano sui capillari. L'A. l'ha studiata sistematicamente su un gruppo di soggetti, servendosi del capillaroscopio.

Iniettando un cc. di adrenalina al ‰ egli ha visto un aumento della frequenza del polso, seguito da una diminuzione ancora maggiore, tanto da arrivare a 4-10 battute meno della frequenza osservata prima dell'esperimento; e un aumento della pressione arteriosa, seguito poi da una diminuzione: fatti tutti questi già ben noti. Nei riguardi dei capillari, questi hanno reagito con una riduzione evidente del loro calibro; riduzione che comincia in genere dopo 10'-15' e raggiunge il massimo dopo 20'-25'; essa è spiccata specie per i capillari arteriosi. Dopo 35'-45' si assiste al graduale ritorno al calibro iniziale, e talvolta ad un calibro maggiore.

L'iniezione di un mmgr. di atropina provoca un aumento della frequenza del polso di 4-52 pulsazioni dopo 30' dall'iniezione; e il ritorno alla norma avviene lentamente, dopo 40'-100' secondo i soggetti. La pressione arteriosa subisce una netta diminuzione, che varia da 10 a 45 mm. Mg. I capillari reagiscono all'atropina con un aumento notevole del loro calibro, e del loro numero, nel senso che se ne rendono visibili alcuni che non lo erano prima dell'iniezione. Ciò è specie ben visibile nel campo capillaroscopico di ipertesi, arteriosclerotici, ecc., che appare assai pallido. La dilatazione riguarda solo i capillari arteriosi, arrestandosi in corrispondenza dell'ansa di Jugersen. Il ritorno alla norma avviene lentamente (2 ore).

Quantitativamente le modificazioni del polso, della pressione sanguigna e dei capillari si sono comportate nello stesso modo nello stesso soggetto.

In seguito all'iniezione di un mmgr. di pilocarpina, l'A. ha visto un aumento della frequenza del polso di 12-20 battute dopo 15'-20'; mentre la pressione arteriosa, specialmente la massima, ha subìto una diminuzione netta. I capillari hanno reagito con una dilatazione notevole, che ha raggiunto il massimo dopo 30'.

Per spiegare le modificazioni che i vari farmaci provocano sui capillari, sono state emesse una teoria nervosa, e una teoria fisico-chimica (Volterra): secondo quest'ultima vi sarebbe un'autoregolazio-

ne del flusso capillare dovuta alla mancanza d'O e quindi al perturbamento dell'equilibrio H-OH nel territorio circostante al vasellino.

L'A., pur senza negare ogni valore a questa teoria, ritiene, in seguito alle sue esperienze, che la contrazione e la dilatazione dei capillari non sia che il logico adattamento ad una minore o maggiore quantità di sangue che ad essi giunge attraverso le arteriole precapillari; quindi i vari farmaci agirebbero direttamente sul cuore e sui vasi, ma indirettamente sui capillari, attraverso le modificazioni che essi esercitano sulla pressione sanguigna e sui vasi arteriosi. *m. sabatucci.*

Sull'importanza del collasso cardio-vascolare nella patogenesi di certi comi diabetici acidosici refrattari all'insulina.

(M. LABBÉ et R. BOULIN. *Presse Médicale*, febbraio 1928).

Nel corso dell'evoluzione del diabete, senza acidosi nè denutrizione, in soggetti sulla cinquantina, più spesso obesi, ipertesi o etilici, si osservano talora degli accidenti di insufficienza cardiaca grave a tipo di collasso, caratterizzati da dispnea con tachipnea e cianosi leggera, tachicardia, abbassamento della pressione arteriosa, diminuzione o anche scomparsa della coscienza, per cui spesso si parla di coma cardiaco. È facile in ogni caso distinguere questo coma cardiaco dal vero coma diabetico, poichè, a differenza di quest'ultimo, esso non si accompagna a secrezione abbondante di corpi acetonici. Gli accidenti su menzionati non hanno con il diabete altro rapporto che una coincidenza di terreno. Per contro, nel corso della evoluzione del diabete con acidosi e denutrizione, e più particolarmente nel corso del coma acidosico, è possibile osservare degli accidenti di insufficienza cardiaca a tipo di collasso di origine e di natura esclusivamente diabetica. Di regola, nelle forme gravi di diabete, si osserva un certo grado di tachicardia con leggera ipotensione.

Tachicardia ed ipotensione si accentuano quando il coma si avvicina e si fanno ancora più spiccate durante il coma. Ma in certi casi, nel corso del coma acidosico, i fenomeni di insufficienza cardiaca occupano nel quadro clinico un posto preponderante. Si ha dispnea più o meno intensa ma non a tipo di Kussmaul, una tachicardia estrema, una considerevole ipotensione ed un decorso fatale malgrado l'uso di cardiocinetici e dell'insulina. La successione dei fenomeni è generalmente la seguente. Un diabetico, affetto da una forma grave con acidosi e denutrizione, cade in coma. In principio si tratta di un coma banale nel quale però è notevole la rapidità del polso e la ipotensione. Sotto l'azione dell'insulina la glicosuria e la diaceturia diminuiscono o scompaiono, la riserva alcalina aumenta, il malato sembra svegliarsi e riprende la coscienza; ma non si tratta che di una tregua effimera. Tachicardia ed ipotensione si accentuano, le estremità si raffreddano, talora si ha anuria e, malgrado la somministrazione di cardiocinetici, la morte sopravviene in poche ore.

Questo quadro corrisponde a quello già descritto nel 1911 da Blum; ma allora l'evoluzione dell'acidosi, non conoscendosi ancora l'insulina, era così rapida, che non lasciava tempo alla insufficienza cardiaca di manifestarsi, cosicchè la forma cardiaca del coma acidosico si osservava rarissimamente. Attualmente l'insulina ha operato la dissociazione: il diabetico guarisce dell'acidosi ma soccombe alla insufficienza cardiaca. Uguale fenomeno si osserva d'altronde nelle altre forme miste del coma diabetico in cui all'acidosi curabile con l'insulina si associa l'insufficienza epatica, l'azotemia o uno stato setticemico refrattario alla terapia insulinica.

I fattori che presiedono allo stabilirsi di questo processo di insufficienza cardiaca restano misteriosi. Non sono certamente incriminabili l'iperglicemia e l'acetonemia perchè il processo di insufficienza cardiaca si aggrava proprio quando, sotto l'azione dell'insulina, l'iperglicemia e l'acidosi si attenuano o scompaiono. Si potrebbe pensare all'esistenza di una sostanza ancora non definita sulla quale l'insulina non avrebbe alcuna azione e di cui la proporzione più o meno grande nell'organismo determinerebbe in certi casi lo squilibrio circolatorio.

Oscuro è anche il meccanismo intimo di questa sindrome. Noorden invocava l'astenia del miocardio, paragonabile all'astenia muscolare banale del diabetico. In genere tutti gli AA. incriminano il cuore, ma in realtà nulla fa pensare a lesioni del miocardio.

Le autopsie, per quanto incomplete per l'assenza di esami istologici rigorosi, non hanno mai messo in evidenza lesioni del miocardio. D'altra parte, clinicamente, l'evoluzione rapida, l'assenza di aritmia, la mancanza di proporzione fra la rapidità del polso e la estrema ipotensione, l'assenza di ogni segno di stasi periferica e di dilatazione cardiaca non confermano l'ipotesi di una diminuita attività del miocardio. Secondo gli AA. il fattore principale è l'ipotensione. Sono noti quei processi di ipotensione iperacuta che si osservano nella grippe, nel tifo, nello choc anafilattico o traumatico come anche nelle intossicazioni banali, nei quali si osserva lo stesso contrasto fra l'importanza della ipotensione e l'assenza di segni clinici di miocardite, e che vengono attribuiti ad inibizione dei centri vaso-motori bulbari. Nel coma cardiaco, secondo gli AA.,

è precisamente ad una paralisi dei centri vasomotori bulbari che bisogna attribuire la massima importanza. Ciò spiega l'inefficacia assoluta di ogni terapia cardiotonica. Questo non vuol dire che il ruolo del cuore sia nullo. Se il collasso acidosico fosse puramente periferico, si dovrebbe osservare un innalzamento dell'indice oscillometrico, in quanto le pareti atoniche si lascerebbero sollevare più ampiamente; si osserva invece un abbassamento estremo dell'indice oscillometrico, il che dimostra che al processo di collasso vascolare si associa un processo di collasso cardiaco, al quale però gli AA. attribuiscono un ruolo secondario.

Dal punto di vista pratico i fatti su esposti dimostrano la necessità di prendere in ogni coma diabetico la pressione arteriosa. Nel coma diabetico banale la pressione non scende al di sotto di 10 al Vaquez. Tensioni inferiori devono far classificare il caso fra le forme con collasso cardio-vascolare. Dal punto di vista prognostico tale nozione ha un'importanza capitale in quanto il collasso cardio-vascolare equivale ad una condanna ineluttabile. Dal punto di vista terapeutico infine il campo è aperto ad ogni iniziativa. È senza dubbio indicato di prolungare la somministrazione dell'insulina fino alla scomparsa dell'acidosi, di mantenere buona la diuresi, di prescrivere iniezioni endovenose di digitalina e di ouabaina per lottare contro l'astenia cardiaca. In realtà ogni terapia è inefficace. La sola terapia efficace sarebbe probabilmente quella indirizzata verso l'ipotonia vascolare, sopra tutto con l'adrenalina per via endovenosa a dosi enormi (10 mgr.).

TOSCANO.

CAPSULE SURRENALI.

Contributo alla diagnosi dei tumori autoctoni delle glandole surrenali.

(SCHMIEDEN e PEIPER. *Arch. f. klin. Chir.*, 143, f. 2).

Il tempo in cui la esistenza di un tumore della surrenale non era che una sorpresa di autopsia, è ben lontano. Oggi le affezioni chirurgiche di tali organi sono suscettibili di una cura radicale, dopo una diagnosi, se non sempre di certezza assoluta, di grande probabilità. Gli autori hanno avuto campo di osservare, studiare ed operare con successo alcuni casi del genere. In uno di questi si trattava di un neoplasma di una surrenale di un bambino di 5 1/2 mesi (evenienza non descritta mai prima, nella letteratura). In questo caso si riscontrò un'enorme emorragia neoplastica. Queste emorragie delle surrenali meritano una speciale attenzione. Per la comprensione esatta di simili casi vale la pena di riassumere le notizie che si tale argomento si possiedono. Emorragie in molte affezioni delle C. S. di natura infettiva sia per lesione tossica delle pareti vasali che per processi embolici, sono reperti frequenti. In genere si localizzano nella zona reticolare: tuttavia le indicazioni all'intervento sono oltremodo rare, non venendo esse diagnosticate. I sintomi sono costituiti da un improvviso ed intenso dolore addominale, collasso, diarree profuse, difesa addominale. La diagnosi che si pone in tali casi è di peritonite. All'intervento si trova un enorme ematoma retroperitoneale di cui non si riconosce la causa. La autopsia ne chiarisce la genesi. Ma anche nei casi che si potrebbero chiamare più fortunati e nei quali il sangue si versa nel peritoneo, la difficoltà persiste grave nella decisione della terapia. La lesione è spesso bilaterale. Le manifestazioni sono dovute alla irritazione del simpatico. I fenomeni vascolari (caduta della pressione, debolezza del polso) si possono imputare alla mancata funzione delle surrenali, specialmente della loro sostanza midollare.

Le emorragie delle surrenali debbono necessariamente raggiungere una certa estensione prima di determinare sintomi clinici. Per questo la metà almeno di esse decorrono latenti. Microscopicamente anzi nei neonati e nei feti esse costituiscono un reperto abituale di autopsia. Ma del resto anche macroscopicamente sono assai frequenti. Riconoscono una causa traumatica: il parto stesso (compressione del fegato sulla surrenale: la destra è più frequentemente colpita della sinistra). Ma questa non è la sola la pato genesi universalmente accettata. Dal punto di vista clinico se ne possono distinguere con Arnaud tre tipi: 1) « *Tipo peritoneale* » in cui predominano i sintomi a carico di questa sierosa col quadro di una peritonite; 2) « *Tipo ipofunzionale* »; consiste in anemia, debolezza muscolare, facile esauribilità, dimagramento, diarrea e perfino melanodermia: 3) « *Tipo apoplettiforme* » con deliri convulsioni, coma ed esito rapido in istato sincopale o ipotermico.

I tipi sono forse esageratamente schematici e sembra che il terzo di essi sia il più facile a riscontrarsi: per lo meno esso è il predominante. Nel secondo non sempre i sintomi si manifestano nel loro completo sviluppo. Dal punto di vista anatomo-patologico, Lundsgard ha cercato di raggruppare le emorragie delle surrenali nei neonati in due grandi classi, a seconda che si effettuassero in una surrenale con la zona midollare congenitamente dilatata o pur no. Questi ematomi possono divenire assai grandi determinando compressione sugli organi vicini e raggiungendo la arcata costale e l'ingresso del bacino. In questi casi la diagnosi è possibile, la

guarigione è — come dimostra un caso di Corcoran e Strauss — possibile e definitiva. Questi citati AA. operarono una bambina di 5 1/2 mesi in cui si stabilirono in brevissimo tempo i segni di un occlusione intestinale bassa e nella quale si palpava una tumefazione che clinicamente sembrava appartenere al rene sinistro, ma che col pneumoperitoneo si dimostrò appartenere alla surrenale sinistra. L'intervento decise la fondatezza di tale diagnosi e la asportazione di un ematoma incapsulato con resti evidenti della surrenale, permise la guarigione completa della piccola paziente.

Nel 1922 Lasch riferì di 17 casi conosciuti: 13 furono operati con 8 guarigioni. Prevalentemente colpito ne è il sesso femminile, con la proporzione di 10 a 3. Il trauma nella patogenesi di queste cisti non rappresenta mai un fattore di grande importanza.

Nei riguardi della terapia, la marsupializzazione ha ceduto il posto alla asportazione riservandosi essa a quei casi nei quali il secondo procedimento riuscisse impossibile. I risultati migliori si hanno con la estirpazione eseguita per via lombare tenendosi possibilmente al di fuori del peritoneo.

Qualche volta è conveniente aprire questa sierosa, per un miglior dominio dei rapporti vascolari.

Riguardo ai tumori propriamente detti è molto difficile definirne la genesi, decidere, cioè, se essi provengono da germi aberrati oppure se si sono impiantati su una surrenale normale. In molti casi sebbene il giudizio sia sempre insicuro si può ammettere come più verosimile la prima delle due ipotesi.

Tuttavia esiste un altro elemento adatto alla loro identificazione ed è rappresentato dai reciproci rapporti vascolari. Questi hanno veramente grande importanza, sicchè vale la pena di descriverli un po' minutamente. La irrorazione sanguigna delle capsule surrenali è assai ricca. *Vene*. A destra si getta nella cava un vaso venoso principale formato da tre rami di cui il superiore proviene dal diaframma, il medio dall'ilo della surrenale, l'inferiore dalla parte superiore della sostanza renale. A sinistra il ramo principale si getta nel margine superiore della vena renale sinistra. Del resto si comporta quasi nell'identico modo che a destra. Esistono 6 varianti descritte da B. Eustacchio che nel 1563 ne dettò per primo l'esatto comportamento.

Arterie. Queste furono esattamente studiate dal Gerard. Anche per le arterie si descrivono tre rami principali. Esiste un ramo superiore dell'arteria surrenale superiore, derivante dalla diaframmatica, con 22 rametti che irrorano le pareti superiori ed esterne della glandola. Un ramo medio, l'arteria surrenale media, arteria dell'ilo derivante direttamente dall'aorta o dalla celiaca (più raramente). Un ramo inferiore (principale) della arteria renale. Anche a questo riguardo porterebbe fuor di discussione descrivere ogni anomalia: tuttavia una di esse va conosciuta. E l'insorgenza dell'arteria surrenale inferiore da un ramo accessorio perforante dell'arteria renale, il quale si getta nella surrenale dopo aver attraversato la sostanza renale stessa. Questa anomalia può spiegare la esistenza di metastasi di tumori maligni renali del tipo di Grawitz. Queste disposizioni arteriose furono riscontrate in un altro tumore del tipo di Grawitz diagnosticato intra vitam mediante il pneumoperitoneo, ed operato con successo già da tre anni, malgrado la persistenza in situ di un tratto del tumore. La pertinenza del tumore a carico della surrenale sinistra ben distinto da essa fu potuta stabilire grazie alla tipica disposizione dell'arteria.

C'è da domandarsi se esistono segni clinici caratteristici da permettere una diagnosi di localizzazione. In alcuni casi ciò è possibile, non certo fondandosi sui sintomi generali come dispepsia, dolori, anemia, facile esauribilità, segni di compressione endotoracica ne l'ipotermia (Lubarsch) che qualche volta può scendere fino a 31,4, ma piuttosto sui sintomi dell'inversione sessuale. Questa si manifesta con i sintomi dell'*irsutismo*, che non manca mai nella donna, ma è rara invece nei maschi nei quali si accentuano i caratteri sessuali secondari. E una *pubertas praecox falsa*. Sono sintomi che scompaiono dopo l'asportazione del neoplasma. Qualche volta si nota il passaggio di questi sintomi nel complesso del pseudoermafroditismo mascolino. Infine molti disturbi si manifestano a carico dell'ovaio, per cui la sindrome è stata descritta da molti come un complesso surreno-genitale. Da Wereschinski la sindrome è stata clinicamente così distinta: 1) Ermafroditismo: 2) Mascolinizzazione secondaria: 3) F. Mestruale: 4) Anomalie del parto.

Però conviene aggiungere subito che a questi differenti quadri clinici non corrispondono affatto altrettanti reperti anatomo-patologici differenti: la ragione di queste irregolarità ci sfugge tuttora. Anzi vi sono dei casi nei quali la sindrome surreno-genitale si manifesta nell'ipertrofia accentuata della surrenale. Per questa ragione e pel fatto che solo il 38 % dei tumori della surrenale si rendono palpabili e poichè anche tumori della pineale possono determinare una sindrome analoga, è indicata sempre la applicazione di un pneumoperitoneo. I reperti palpatorii non sempre permettono delle conclusioni decisive. Più caratteristiche sono le crisi dolorose legate alla compressione del tumore sulle radici dorsali o lombari o meglio sul simpatico. Tali crisi sono le-

gate di solito ad emorragie. Altro sintoma importante — quando esiste — è la pigmentazione bronzina della cute (insufficienza surrenale). Neanche l'esame dell'urine, può fornirci dati di qualche importanza, mentre con la pielografia si osserva l'ombra della pelvi normale ma respinta in basso. Risulta chiaro da quanto si è detto e dall'esperienza personale l'importanza del pneumoperitoneo che permise l'esatta locazzizione del neoplasma. Mediante il pneumoperitoeno adunque si riesce generalmente a mettere in evidenza un'ombra più o meno rotondeggiante distinta, compresa tra milza e rene.

Non è ancor detto che il pneumoperitoneo debba venir completamente sostituito dal pneumorene. Questo metodo non sempre riesce a mettere in evidenza i contorni normali della surrenale e non offre alcun dato per lo studio dei rapporti con gli organi addominali. Tuttavia e lo provano alcune ricerche degli AA. esso permette, quando riesce bene, di aver risultati sufficentemente esatti, ma non esattissimi in quanto che la presenza di aderenze ostacola spesso la circoscrizione esatta col gas della tumefazione e ne ingrandisce l'ombra sulla radiografia.

A tali importanti conclusioni sono giunti gli AA. sulla scorta di ben 5 casi di cui tre personali di tumori autoctoni delle capsule surrenali.

E. MINGAZZINI.

Sulla diagnosi dei tumori dei surreni.

(T. E. GIBSON. *The Jour. of Uro.*, vol. XVIII, N. 1).

I tumori delle glandole surrenali sono relativamente rari, e spesso non vengono riconosciuti perchè sono poco conosciuti i sintomi ai quali danno luogo. Le nostre conoscenze della fisiologia normale e patologica delle surrenali, benchè incomplete, sono pur tuttavia di grande valore nella interpretazione delle sindromi, almeno per quello che riguarda i tumori della sostanza corticale. Dal punto di vista diagnostico i tumori in questione si possono distinguere in 3 gruppi: 1) tumori della corticale che producono la cosidetta sindrome genito-surrenale. Questi si possono rinvenire in individui di qualsiasi età, più spesso nelle donne. La loro sintomatologia esemplifica l'attività endocrina della corticale. Si hanno nelle donne alterazioni dei caratteri sessuali primitivi e secondari che portano fino al « virilismo » e allo « pseudoermafroditismo » e nei maschi giovani si ha la « pubertà precoce ». L'ipertensione è un sintoma frequente di grande valore diagnostico in questi casi. È rara invece una pigmentazione come nel morbo di Addison; 2) tumori della midollare anatomo patologicamente neurocitomi o sarcomi: a tipo di Hutchinson. Questi sono propri dell'età infantile e sono caratterizzati da metastasi orbitali che producono un esoftalmo unilaterale. Il tumore primitivo generalmente è molto piccolo e le metastasi rappresentano il primo segno dell'affezione; 3) tumori midollari a tipo di Pepper anch'essi propri dell'età infantile e caratterizzati dal rapido tumefarsi dell'addome per metastasi epatiche. Il tumore primitivo è sempre molto piccolo e le riproduzioni nel fegato sono un segno precoce del male.

La diagnosi per lo più è facile se si hanno in mente questi tre quadri clinici; e se si ricorda come per lo più grossi tumori addominali che insorgono nelle prime epoche della vita sono o di origine renale o surrenale. I tumori del rene nell'adulto rappresentano il 0.50 % mentre nell'infanzia rappresentano il 20 %. L'A. crede che probabilmente quelli di origine surrenale sono in proporzione anche maggiore. Nella diagnosi è utile la pielografia e l'A. l'ha praticata in un bambino di 3 mesi!

La prognosi è sempre molto grave, ma un intervento chirurgico è giustificato perchè talvolta è seguito da successo. È necessario un accurato studio preoperatorio della funzione renale perchè spesso è necessario di asportare il rene insieme col tumore. Durante l'intervento sarà bene di cercare di palpare il surrene dell'altro lato per assicurarsi della sua esistenza o del suo eventuale cointeressamento nella lesione.

L'A. riporta 9 casi inediti del California Hospital. Di questi 4 erano tumori primitivi delle surrenali. Due tumori corticali in adulti e due tumori midollari uno per ciascuno dei tipi riferiti, in bambini.

Degli altri cinque due erano metastasi in ambedue le surrenali — senza per altro nessuna sintomatologia clinica— di un epitelioma del bronco destro e di un linfosarcoma cervicale. In un altro caso si trattava di una riproduzione in ambedue i surreni di un epitelioma della pelvi renale. Il malato presentava i segni di un morbo di Addison. Nei due rimanenti casi fu fatta diagnosi di probabile tumore delle surrenali, ma non fu possibile di confermarla.

Si tratta in ogni modo di lesioni molto rare perchè questi casi capitarono su 46,265 malati entrati nell'ospedale.

MANFREDO ASCOLI.

VITAMINE.

Ricerche recenti sulle vitamine.

(F. HAUROWITZ. *Med. klinick*, n. 16, 1927).

Si distinguono oggi le seguenti vitamine: A o vitamina dell'accrescimento, B o vitamina antiberiberica, C o vitamina antiscorbutica, D o vi-

tamina antirachitica, E o vitamina contro la sterilità.

Le vitamine A, D e E sono prive di azoto, non è quindi per esse appropriato il nome di vitamine. Vennero chiamate da Funk vitasterine, però la vitamina non appartiene nemmeno alle sterine. Le vitamine sono tanto più necessarie quanto più perfezionato è l'organismo. Così i mammiferi hanno bisogno di tutte cinque le vitamine, gli uccelli di quelle A, B, C, i pesci di quelle A, B, gli insetti di B. Le vitamine provengono in ultima analisi sempre da vegetali; si è potuto constatare questo specialmente per la vitamina D. Questa vitamina è contenuta in grande abbondanza nell'olio di fegato di merluzzo. Il merluzzo la riceve dai pesci più piccoli che gli servono da pasto, questi la ricevono da minuti animali acquatici che a loro volta la prendono dalle alghe. Le alghe sono in grado di formare le vitamine; probabilmente ha importanza per la loro formazione la luce solare. È probabile che le vitamine agiscano nell'organismo come catalizzatori agevolando o rendendo possibili alcuni processi del ricambio; così il fabbisogno in vitamina D cresce con la quantità di idrati di carbonio ingeriti. È possibile mantenere in vita e sani per mesi dei piccioni alimentati senza vitamina D se si eliminano dalla loro alimentazione gli idrati di carbonio. La vitamina B serve inoltre anche ad intensificare la respirazione dei tessuti. La vitamina A si trova nella frazione insaponificabile dei grassi. È priva di azoto e al contrario della vitamina D essa non viene formata in seguito ad irradiazione. La vitamina A è relativamente resistente al calore, non si distrugge nel latte se questo viene bollito per breve tempo. La bollitura prolungata la distrugge invece, l'uso di tale latte può provocare nel bambino disturbi dell'accrescimento. La vitamina B è contenuta in sufficiente quantità nei nostri alimenti principali. Il breve riscaldamento della pasta, del pane nel forno, o della patata non basta a distruggere la vitamina. Spesso si osservano le conseguenze della deficienza di vitamina C perchè essa resiste poco al calore. Ricchissimi in vitamina C sono gli aranci, i limoni, le mele, i pomodori, l'erba. Essa manca nel fieno, nelle uova, nelle banane. Frutta e verdura cotta non la contengono più. Mancanza di vitamia C determina nel bambino la malattia di Barlow. La vitamina D è abbondante nell'olio di fegato di merluzzo, più scarsa nel burro. La luce solare compensa la deficienza di questa vitamina, l'irradiazione utravioletta di alimenti privi di vitamina D ne determina la formazione. La sostanza da cui si forma la vitamina è la colesterina rispettivamente la fitosterina. Queste sostanze contengono come impurità una provitamina che si è dimostrata essere identica all'ergosterina. L'irradiazione trasforma la provitamina in vitamina. La vitamina E è contenuta in quasi tutti gli alimenti, specialmente in quelli poveri in altre vitamine: mais, riso brillato, semi di canape. Animali alimentati con cibi contenenti solo le vitamine A B C D si sviluppano molto bene e si riproducono. La seconda o la terza generazione è però sterile. Nei maschi si osserva una degenerazione delle cellule germinali e dell'epitelio dei canalicoli seminali. Nelle femmine nonostante l'integrità morfologica dell'ovaio gli embrioni muoiono durante la gravidanza.

Tutte le avitaminosi sono malattie da civilizzazione. Esse provengono dall'assenza di luce solare, dall'alterare con la cottura l'alimento naturale, dall'eliminazione delle parti più ricche in vitamine come gli involucri dei semi. L'alimentazione con cibi completamente privati di cellulosa e molto cotti è certamente più digeribile, essa può però determinare numerosi disturbi che si potrebbero considerare forme larvate di avitaminosi.

POLLITZER.

Rapporti tra ormoni e vitamine.

(VOGT. *Münch. Med. Woch.*, 1927, n. 50).

La teoria che ormoni e vitamine siano sostanze molto vicine tra loro dal punto di vista fisico-chimico e biologico, trova il suo appoggio su vari fatti.

Anzitutto sostanze simili all'insulina, come pure agli ormoni femminili follicolina e ovoinsulina, sono dimostrabili anche in prodotti vegetali e animali che sono nel tempo stesso molto ricchi di vitamine (uova di gallina e di pesci, varie frutta).

Inoltre l'azione degli ormoni si manifesta non solo su un organo, ma su diversi organi: p. es. la follicolina è ipoglicemizzante, l'insulina ha una azione sulle femmine castrate di animali che si avvicina a quella degli estratti ovarici.

La vitamina E (antisterilizzante) e l'ormone ovarico hanno azioni biologiche molto simili.

L'irradiazione Röntgen ha un'azione di rinforzo sull'attività delle vitamine e la stessa proprietà si manifesta verso l'insulina.

Tanto ormoni che vitamine godono della proprietà di esplicare una chiara attività biologica anche a dosi straordinariamente piccole. Il diabete, che ha molti punti di contatto con le avitaminosi, si lascia, come queste, favorevolmente influenzare dall'insulina; è positivamente dimostrato che l'insulinoterapia avrebbe anche, nella cura delle malattie da carenza, un'azione di sostituzione. Lo spettro dell'insulina e quello della

ergosterina irradiata sono d'altra parte molto somiglianti tra loro. Si aggiunga che la vitamina E e l'ormone ovarico hanno quasi l'identico punto di ebollizione e sono per costituzione chimica vicinissimi.

Da tutto ciò si può anche trarre il fondamento per una ipotesi, da molti formulata: che cioè tanto le vitamine quanto gli ormoni abbiano il significato di sostanze catalizzatrici.

GARRONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A. SCALA. *Applicazioni di Fisica e Chimica all'Igiene.* Un vol. in -8° di 798 pag. con 230 fig. Unione tipografico-editrice Torinese. Prezzo L. 80.

In questo volume, che fa parte del « Trattato italiano di Igiene » diretto dal prof. Casagrandi, l'A. descrive nella prima parte (applicazioni di fisica) gli strumenti meteorologici e fisici, e le ricerche sulle proprietà fisiche dei terreni e dei materiali di costruzione. In questa parte tratta inoltre la fotometria, la misura della radioattività e della concentrazione degli idrogenioni.

Nella vasta trattazione di chimica applicata all'igiene, sono considerate tutte le sostanze che possono interessare l'igienista a cominciare dalle acque (compresi i processi di sterilizzazione), i vari alimenti, fra cui è dedicata larga parte al latte, le bevande, i condimenti, gli oggetti d'uso (stoviglie, tappezzerie, cosmetici, giocattoli, ecc.). Seguono da ultimo l'esame dell'aria, del gas illuminante, dei vari mezzi di illuminazione, dei disinfettanti ed antisettici.

È una trattazione completa della materia; i metodi analitici sono scelti fra i migliori e più pratici e sono chiaramente descritti. Molto utili ed interessanti sono le nozioni sulla tecnologia degli alimenti (farine, latticini) e sulle alterazioni che questi subiscono. Il volume è una guida sicura ed indispensabile per chiunque si occupi di tali questioni.

fil.

C. W. HUTT. *International Hygiene.* Un vol. in-8° di 261 pag. Metuen & Co. ed., 36, Essex Street, London. W. C.

I rapporti, sempre più rapidi e frequenti fra le diverse nazioni, quali si sono venuti sviluppando negli ultimi decenni, hanno reso necessaria l'adozione di accordi fra gli Stati, allo scopo di stabilire comuni difese e reciproche garanzie. Un primo passo è stato quello della protezione contro l'importazione di malattie esotiche che ormai, con l'attuale organizzazione sanitaria, non è più da temersi nei paesi civili. Ma anche molte altre questioni si sono venute affacciando, come il commercio delle carni congelate, delle conserve alimentari, il traffico degli stupefacenti, l'importazione di lane ed altri prodotti animali (pericolo del carbonchio) e si è venuta così organizzando l'igiene internazionale.

L'argomento, a cui i consueti trattati d'igiene (salvo il *Manuale d'igiene generale e coloniale* di Sanarelli) dedicano poco spazio, è qui largamente trattato. L'A. esamina dapprima le possibilità di diffusione delle malattie infettive per le vie di mare ed i confini di terra, fa la storia delle convenzioni sanitarie internazionali arrivando fino a quella del 1926, tratta poi la questione dell'importazione di sostanze alimentari, degli stupefacenti, dell'emigrazione, dell'igiene marinara ed industriale, ecc., considerando da ultimo l'opera della lega delle nazioni e l'organizzazione per la pubblica salute. Trattazione esauriente, che dà una chiara idea dei problemi prospettati. Parecchie volte è nominata l'Italia, a proposito della quale l'A. riconosce che « vi è molto da imparare nella sua organizzazione antimalarica ».

fil.

V. PUNTONI. *I vaccini antirabici fenicati e loro odierne applicazioni.* Un vol. in-8° di 116 pag. S. Bucciarelli ed. Roma. Prezzo L. 10.

L'uso dell'acido fenico nella preparazione del vaccino antirabico è stato ideato dal Fermi e poi studiato a fondo e largamente applicato nella pratica dal Puntoni. L'A. si vale di vaccini fenicati viventi a virulenza graduale e li ha adottati all'Istituto antirabico di Roma fin dal 1920, contando un solo insuccesso su 5036 vaccinati. Ma sono anche efficaci i vaccini fenicati morti, tanto che con essi si sono potuti istituire dei Dispensari antirabici in città lontane dall'Istituto, ottenendo ottimi risultati. Tali vaccini sono stati usati con successo anche negli animali morsicati.

L'A., in questo suo scritto fa la storia della questione ed indica i metodi di preparazione, dando le statistiche dei risultati, che hanno ormai portato ad applicazioni pratiche su larga scala, sicchè tutto fa prevedere che sarà questo il metodo dell'avvenire, sia per la grande semplicità, sia per la maggiore efficacia.

fil.

(1) **Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.**

O. CASAGRANDI. *Nozioni di Igiene sulla Malaria.* Un vol. in -8° di 54 pag. Arti Grafiche G. Rossi, Vicenza.

L'igiene potrà raggiungere in pieno la sua efficienza soltanto quando sarà largamente diffusa fra le masse, ed è un gran bene se a quest'opera volgarizzatrice intendono i Maestri dell'igiene. Questi incontrano, è vero, in tale bisogna la difficoltà di raffrenare il tumulto delle proprie idee e delle proprie conoscenze in modo da esporre i soli concetti essenziali e più importanti, ma hanno anche una visione più ampia e sicura e possono quindi meglio ottenere lo scopo. Ed esso è pienamente raggiunto con questo libro di propaganda antimalarica in cui il prof. Casagrandi espone con chiarezza e vivacità le nostre conoscenze sulla malaria, sulle sue cause e sulle difese sociali ed individuali contro questo flagello.

È da augurarsi che esso sia largamente diffuso nelle nostre regioni tuttora malariche, anche fra i medici, per molti dei quali sarà anche utile sia per chiarire parecchi concetti, sia per fornire buoni materiali per conferenze di propaganda.

fil.

G. BIZZARRINI. *Elementi d'igiene e soccorsi d'urgenza.* Pag. 150. R. Giusti, Livorno. L. 12.

Non è facile compito poter esporre bene in veste succinta dei capitoli d'igiene che per loro complessità richiederebbero molto maggior spazio. Il libro del Bizzarrini ha veramente il pregio di essere chiaro e di trattare con perfetta proprietà di linguaggio tutto ciò che è strettamente indispensabile per un profano, sfrondandone il superfluo.

Bene sviluppati sono: il capitolo sull'Igiene alimentare in cui l'A. s'intrattiene in special modo sui danni che dall'alimentazione derivano per cattive qualità dei cibi, per contenuto in sostanze velenose ecc. e relativi mezzi di difesa contro gli inconvenienti che essi producono. In una 2ª parte l'A. si occupa delle malattie contagiose, esplicando, con nitide figure, i principali e più contagiosi morbi, di origine sia batterica che parassitaria con norme igieniche per la difesa individuale e collettiva.

Segue infine la parte che riguarda l'igiene della scuola, dei sensi, del lavoro e la chinesiterapia. I principali soccorsi d'urgenza, con etiologia, sintomi e cura, sono riuniti in due gruppi: il 1° essenzialmente medico: d'indole chirurgica, l'altro.

È un libro degno di figurare specialmente nelle piccole biblioteche delle famiglie. Come prima guida varrebbe certo a diminuire molti danni di cui la medicina empirica, praticata dai famigliari stessi è causa e come a noi ospitalieri, succede frequentemente di vedere.

PIERO CAPONE BREGA.

D. MAZZOLANI. *La pesca delle spugne e il lavoro dei palombari in Tripolitania.* — Editore Tentori, Milano. Prezzo L. 7.

È un accurato studio medico-sociale delle condizioni dei palombari.

Sono dettagliatamente descritti gli accidenti, le affezioni lievi, gravi e mortali cui vanno soggetti i palombari a causa delle condizioni del loro lavoro.

Particolarmente interessante è l'esposizione dei mezzi atti a prevenire tali accidenti e dei presidi di pronto soccorso atti a curarli.

a. a.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Napoletana di Chirurgia.

Seduta del 27 febbraio 1928.

Lesioni traumatiche da matite copiative.

G. MARSIGLIA. — L'O. riferisce due osservazioni personali di lesioni traumatiche da matite copiative. Una aveva sede al pollice sinistro, in corrispondenza dell'articolazione falango-falangettea e persisteva da oltre due mesi. Era caratterizzata da una chiazza necrotica, della grandezza di una grossa lenticchia, circondata da un alone infiammatorio, aderente allo scheletro e secernente un liquido denso, fortemente colorato in violetto. Operato di asportazione completa di tutti i tessuti impregnati dalla sostanza colorante, l'infermo guarì rapidamente. La seconda osservazione riguarda un giovanotto che presentava alla regione masseterina sinistra una tumefazione della grandezza di una noce, indolente, fluttuante. Fatta diagnosi di cisti di un lobo soprannumerario della parotide fu operato. All'intervento con grande sorpresa si riscontrava una formazione cistica, contenente un liquido violento e in esso un pezzo di matita copiativa. La escissione della cisti e dei tessuti pericistici portò a rapida guarigione. L'infermo dopo l'intervento ricordò che circa due mesi innanzi, in un alterco con un suo compagno era stato colpito da una matita al viso.

L'O. ricorda in breve la storia delle lesioni da matiti copiative, di recente osservazione per opera di Erdheim (1914), e i lavori sperimentali dello stesso Erdheim, di Torraca, di Glass e Kriger. Le osservazioni cliniche sono finora scarsissime e in totale superano di poco la trentina di casi, quasi tutti di chirurgi austriaci e tedeschi.

In Italia nessun caso è stato finora pubblicato per quanto certamente lesioni di tal genere siano dovute capitare all'osservazione.

L'impiego del vivocoll nel trattamento degli angiomi non suscettibili di exeresi.

N. CAPRIOLI. — Espone i risultati delle sue esperienze circa l'uso di questo preparato negli angiomi nei quali non fu possibile tentare altro trattamento.

Egli ha tentato in diversi casi l'infiltrazione della massa angiomatosa con iniezioni di vivocoll fatte in diverse direzioni in senso raggiato ed in diverse sedute. Poichè il risultato fu ottimo egli ricorda brevemente la tecnica.

Il vivocoll è plasma di vitello prelevato con le cautele asettiche più scrupolose. Detto plasma viene preso da animali perfettamente sani. Ad esso si aggiunge una dose stabilita di soluzione di citrato di sodio ed una sostanza bactericida (Vucina). Al momento dell'uso tal plasma viene attivato con l'aggiunta di cloruro di calcio e scaldato a 38° c. Ordinariamente al 3° minuto si inizia la coagulazione la quale è completa al sesto minuto. La infiltrazione vien fatta praticando nel parenchima dell'angioma con la stessa maniera con cui si fa l'infiltrazione dei tessuti nell'anestesia locale. Introdurre l'ago e poi mentre questo viene spostato nelle diverse direzioni far fuoriuscire il liquido nella dose da 2 a 10 cc. L'iniezione si ripete ogni 10-15 giorni, o magari ad intervalli più lunghi a secondo del giudizio del medico.

In alcuni casi in cui l'O. ha avuto agio di adoperare in questo modo il vivocoll ha avuto ottimo risultato. L'angioma ha subito in un primo tempo un appiattimento accompagnato ad un notevole cambiamento di colore: dal bluastro fino al colore quasi normale della pelle si son notati lentamente numerosi punti più duri dovuti ai coaguli organizzati, e la lesione è andata lentamente scomparendo.

Un caso di torcicollo congenito in un feto estratto con taglio cesareo.

D. ROSSI. — Si tratta d'una primipara nella quale fu praticato il parto cesareo soprasinfisario per stenosi pelvica. Nel momento in cui la donna fu osservata, si potette formulare la seguente diagnosi ostetrica: primipara in travaglio di parto a termine, feto vivo in presentazione podalica (varietà natiche) S. S. A. Acque colate a domicilio. Bacino piatto rachitico.

L'intervento cesareo, decorso senza incidenti, così da poter escludere in modo categorico qualunque violenza sul corpo del feto. Questi, di sesso maschile, del peso di kg. 3.100, presentava il capo reclinato dal lato destro, il collo si presentava raccorciato da questo stesso lato e, alla palpazione, lo sterno-cleido-mastoideo si percepiva come un cordone sottile, teso, duro. Tutta la metà cranio-facciale destra si mostrava ipotrofica rispetto a quella dell'altro lato. La diagnosi generica di caput obstipum non era discutibile. Non esistevano, in tutto il resto del corpo fetale, altre anomalie, clinicamente rilevabili.

F. BUONOMO LA ROSSA, *Segretario.*

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta dell'8 marzo 1928, VI.

Presiede il prof. ALESSANDRI, consigliere

SCHEINER Dott. E. — *La bilirubinemia nelle malattie mentali.*

Sensazioni dolorose ed effetti della anestesia cutanea nelle affezioni ginecologiche e nel travaglio di parto.

LUNEDEI Dott. A. e PAROLI Prof. G. — Gli OO. hanno studiato gli effetti delle iniezioni sottocutanee di novocaina nella zona in cui è riferito il dolore nelle affezioni ginecologiche e nel travaglio di parto. Gli OO. sono partiti dalla premessa, che tale metodo di anestesia ha dato ottimi risultati contro i dolori delle affezioni in genere dei visceri e delle sierose, risultati che Sfameni e Lunedei hanno spiegato recentemente, ammettendo che la trasmissione dell'impulso dolorifico dal sistema nervoso vegetativo al sistema di relazione avvenga nella cute, nel corpuscolo sensitivo.

Gli OO. hanno ottenuto quasi completa scomparsa del dolore da cancro dell'utero e del dolore nel travaglio di parto, quando quest'ultimo é riferito alla regione sacro-lombare. Hanno ottenuto lieve diminuzione del dolore del parto quando esso è riferito alla regione soprapubica durante il periodo dilatante, notevolissima diminuzione di esso, invece, quando è riferito alla regione soprapubica durante il periodo espulsivo. L'anestesia dura dalle 5 alle 8 ore.

Questa anestesia non ostacola minimamente il parto, anzi lo può facilitare nei casi di inerzia da dolore.

Sulla diagnosi e cura della tubercolosi oculare.

ROSSI Dott. D. — L'O. ha applicato per l'identificazione della natura tubercolare di alcune malattie oculari la reazione di deviazione del complemento, secondo Besredka, oltre ad altri sussidi diagnostici. Per la cura si è servito del siero vaccino antitubercolare S. B. E., limitandosi a dosi che non dessero al principio manifestazioni termiche; ha pure usato la tubercolina di Koch $1:10^{25}$. Su 21 casi di iriti tubercolari ha ottenuto 10 guarigioni, 7 miglioramenti, 4 negativi.

Premio Galligo.

Esaurite le comunicazioni, il Presidente fa dare lettura della relazione della Commissione giudicatrice del Concorso al Premio Galligo, approvata nella adunanza privata del 1° marzo. La relazione conclude con la non idoneità dell'unico lavoro al conseguimento del premio stesso; onde alla presenza del pubblico la relativa busta, ch'è contrassegnata col motto « Salviamo la stirpe imperiale », viene bruciata.

P. M. NICCOLINI, *Vice-Segretario*

Società Medica Bellunese.

Seduta del 3 agosto 1927.

Presidenza: Prof. PIERI, presidente

Frattura dell'osso sesamoide esterno del piede.

Prof. G. PIERI. — Una ragazza di 21 anni nel febbraio scorso cominciò improvvisamente (senza causa apparente) a soffrire al piede destro: nel camminare non poteva più appoggiare l'avampiede pei dolori vivissimi che insorgevano a livello della articolazione metatarsofalangea dell'alluce; questa appariva un poco tumefatta, e la testa del metatarso era dolentissima alla pressione sul lato plantare. La malata per camminare si serviva di un palo cui aveva inserito in basso un piuolo traversale: ad ogni passo spingeva all'innanzi il palo con le braccia, poggiava sul piuolo il cavo plantare del piede destro, e spingeva all'innanzi il corpo col piede sinistro.

La radiografia dimostrò una frattura traversale dell'osso sesamoide esterno con lieve diastasi.

Il giorno 25 maggio l'O. attraverso incisione longitudinale plantare asportò l'osso fratturato. Seguì normale guarigione.

Dopo 15 giorni dalla operazione la malata ricominciò a camminare e la deambulazione si potè compiere senza dolore.

L'O. presenta la malata all'assemblea e discute il meccanismo patogenetico di questa singolare e rara frattura, la cui sintomatologia è così sproporzionata alla entità dei disordini anatomici.

Eritrodermia esfoliativa postoperatoria.

Dott. P. MILANI. — Infermo sofferente di una leggera dermatosi di ambedue i gomiti a tipo parapsoriasico, operato di ernia inguinale sotto eteronarcosi, il quale presentò subito dopo l'operazione un eritema a tipo scarlattiniforme che dalla faccia si estese a tutta la superficie cutanea, la quale si presentava notevolmente arrossata e nel tempo stesso desquamante a larghi tratti. La dermatosi era accompagnata da febbre, da brividi alle reni e da crampi alle mani. L'infermità durò circa un mese e mezzo, e guarì completamente lasciando però le solite alterazioni della cute ad ambedue i gomiti.

L'O. crede di potere identificare questa forma con una eritrodermia generalizzata tipica subacuta, e considerando che la dermatosi si iniziò dalla faccia, ritiene che la causa determinante possa ricercarsi nell'assorbimento dell'etere sia attraverso la pelle della faccia sia attraverso la superficie polmonare. Non esclude però che anche altre sostanze come l'acido picrico (usato per la disinfezione cutanea), la scopolamina, la morfina e l'atrofina (contenute nella iniezione di Mass che precede la narcosi) possano essere considerate responsabili della reazione cutanea.

L'O. ha ottenuto buoni risultati dalla somministrazione della adrenalina come calmante del calore e del prurito.

Seduta del 7 settembre 1927.

Dott. G. FERRARI. — *Le lesioni oculosensoriali nella patologia e nella clinica.* (Conferenza).

La diagnosi radiografica della mola vescicolare.

Prof. A. PONZIAN e Dott. M. LAPENNA. — Una donna di 25 anni, nullipara, è da due mesi amenorroica e da circa un mese ha vomiti sempre più frequenti. L'unico fatto che colpisca è la sproporzione dell'utero, che è come al 4° mese di gravidanza, e il denunciato periodo di amenorrea. L'esame ostetrico non fa percepire parti fetali nè battito cardiaco. La radiografia non mette in evidenza alcuna parte di scheletro fetale.

Il vomito in pochi giorni cede alle solite cure, ma ciò malgrado il deperimento progredisce; compaiono edemi agli arti inferiori, albumina e cilindri nell'orina.

Si pensa a una mola vescicolare, e prima di procedere alla interruzione della gravidanza si decide di ricercare la conferma della diagnosi col mezzo della radiografia, dopo istillazione di Jodipina nella cavità del viscere. Si ottengono così delle radiografie (presentate all'Assemblea) coll'immagine chiarissima della mola vescicolare. Si vuotò l'utero e la paziente guarì rapidamente.

Il dott. LAPENNA dopo ricordato che questo è forse il primo caso in cui, col processo attuale, si sia messa in evidenza la mola vescicolare, si diffonde sulla tecnica, che corrisponde a quella che si usa per la uterosalpingografia; però in caso di mola vescicolare è preferibile di aumentare la quantità di Jodipina che si instilla fino a 15-20 cc.; si avrà così una immagine più ampia e particolareggiata.

Pleurite ematica da pneumobacillo di Friedländer.

Dott. I. GIACOBBI. — L'O. illustra il caso di un giovane ad anamnesi prossima e remota silenziosa, in cui, preceduto da lieve bronchite guarita in pochi giorni, insorse acutamente una pleurite essudativa il cui liquido, ematico, riempiva l'intero cavo pleurico destro, tanto che solo nella prima seduta se ne potè estrarre circa 6 litri.

Data la atipicità della sintomatologia (febbre alta, subcontinua, polso piccolo frequentissimo, stato di estrema prostrazione e di tossiemia) come pure la atipicità del versamento pleurico (abbondantissimo, costituito per un terzo di sangue, e che malgrado ripetute sottrazioni si veniva rapidamente riproducendo) si praticarono culture dello stesso liquido in vari terreni; esse diedero luogo a numerosissime colonie di pneumobacilli di Friedländer.

Detta forma morbosa potè essere vinta dopo circa tre mesi e mezzo di abbondanti lavaggi pleurici con soluzioni di lisoformio e di liquido di Dakin.

G. LOCATELLI, *segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Su di una nuova emodiagnosi delle infezioni tifoidi e della infezione melitense mediante la reazione emoclasica.

L. D'Amato (*Riforma Medica*, n. 1928) estende alle infezioni tifoidi ed alla infezione melitense il suo metodo di diagnosi di alcune malattie infettive mediante la provocazione dello shock emoclasico. Egli in precedenti ricerche aveva già dimostrato come l'iniezione di piccole dosi di tubercolina provoca nei tubercolotici uno shock emoclasico specifico e che analogamente le iniezioni di piccole dosi di preparati antiluetici (Hg J_2) provocano nei sifilitici uno shock emoclasico specifico, onde egli già propose l'utilizzazione di questo fenomeno che chiama *reazione emoclasica* per la diagnosi della tubercolosi e della lue.

Estendendo ora le sue ricerche ad altre infezioni, l'A. ha potuto vedere che uno shock emoclasico specifico si può provocare negli infermi di tifo, di paratifo, o di infezione melitense mediante l'iniezione di piccole dosi di vaccino corrispondenti. La tecnica da lui consigliata per questa R. E. è la seguente: Conta dei globuli bianchi a digiuno; iniezione di piccola dose di vaccino antitifico o antimelitense (20-30 milioni di germi) e ripetizione dopo mezz'ora dalla iniezione della conta dei leucociti. Considera nettamente positive le reazioni in cui la leucopenia raggiunge i 1000 leucociti; fortemente positive le reazioni con leucopenia superiore; negative le reazioni in cui o non si ha leucopenia o si hanno variazioni di qualche centinaio solo di leucociti.

L'A. cioè utilizza per la sua R. E. come aveva già fatto per la R. E. nella lue o nella tubercolosi, la leucopenia che è il fenomeno più costante nello shock emoclasico.

Il protocollo riportato dall'A. di vari casi di tifo, di paratifo e di febbre melitense tutti casi dei quali la diagnosi era stata sicuramente accertata e nei quali egli ha sperimentato la sua R. E., dimostra la specificità della reazione e quindi giustifica l'applicazione dello shock emoclasico così provocato per la diagnosi delle infezioni in esame.

L'A. ha avuto poi cura di fare studiare sotto la sua direzione dal Bossa sperimentalmente negli animali di laboratorio la sua reazione emoclasica. Le esperienze fatte con l'iniezione di piccole dosi dei corrispondenti vaccini in conigli sensibilizzati verso il bacillo tifico, di bacilli paratifici o il micrococco melitense, hanno confermato i dati già ottenuti dal D'Amato nelle sue ricerche sugli ammalati, dimostrando l'assoluta specificità della reazione per il tifo e per l'infezione melitense. Questa specificità solo non si osserva tra paratifo A e paratifo B.

A. P.

Il valore diagnostico delle prove cutanee nell'asma.

R. Kerne (*United States Naval Bull.*, ott. 1927) muove molte critiche a questo metodo, che non fornisce secondo tale A. dei risultati accettabili. Anzitutto la reattività specifica della cute non offre nessun parallelismo con le condizioni cliniche realizzate dal paziente. L'ipersensibilità della pelle è una forma della ipersensibilità generale, ma il suo grado non dipende strettamente dalla suscettibilità specifica generale delle mucose nasale e bronchiale e può accadere che tale ipersensibilità manchi oppure non sia che un fenomeno unico.

Alcuni danno reazione positiva, altri ne danno invece una del tutto banale, una papula poco marcata della pelle, che scompare presto. Eccezionali sono le reazioni ritardate, di cui l'A. cita un caso di sensibilità alle cipolle, in cui la reazione si aveva dopo 2-3 ore e si prolungava intensa per tutta una giornata. Invece, in quattro casi dell'A. di febbre da fieno non si aveva nessuna reazione.

In qualche caso si ha una reazione eccessiva, come avviene negli individui con dermografismo ed allora essa perde ogni significato. Altre volte, pure mancando la reazione percettibile, la pelle è ugualmente sensibile, in quanto che la sostanza sensibilizzatrice la raggiunge in maniere diverse.

Gli individui giovani reagiscono più fortemente che gli anziani; si hanno poi delle variazioni a seconda dei giorni e delle stagioni; è quindi consigliabile di ripetere la reazione nei casi dubbi.

È dunque avventato il volere trarre delle conclusioni da una prova soggetta a tanti errori; essa non è per questo meno utilizzabile, ma va usata con avvedutezza e senza la pretesa di deduzioni troppo precise.

fil.

L'importanza clinica della reazione di Davis per il cancro.

Jolkwer e Matschan (*Archiv f. klin. Chir.*, vol. 146, pag. 593, a. 1927) hanno praticato la reazione di Davis; in 43 cancerosi è stata 41 volte positiva; in tre casi di sarcoma è stata tutte e tre le volte negativa. La stessa reazione praticata in individui sani o affetti da altre malattie ha dato su 56 casi quattro reazioni positive, due incerte, 50 negative.

La reazione di Davis non ha dato risultati altrettanto brillanti nelle mani di altri autori e ancora si discute sul suo valore. È di facile esecuzione. 50 cmc. di orina vengono addizionati con 5 cmc. di acido cloridrico e riscaldati al primo bollore. Dopo raffreddamento, si aggiungono 15 cmc. di etere solforico, si agita e si lascia sedimentare per 24 ore. Decantato l'etere lo si versa in una capsula di porcellana dove vaporizza. La reazione è positiva quando sulla capsula rimane un deposito di colorito rosso.

Davis ha attribuito la reazione a pigmenti ematici, però ricerche praticate dagli stessi autori sembrano escludere questa genesi.

VALDONI.

CASISTICA.

Le diverticoliti.

Non sono altro che una delle forme di infiammazione cronica del grosso intestino. Il diverticolo è un'ernia della mucosa che fa rilievo tra le fibre muscolari della tunica media del colon. Talora il diverticolo si forma nello spessore di un'appendice epiploica. Le diverticoliti secondo V. Pauchet (*Jour. de Méd. de Paris*, n. 51, dic. 1927) non sono una rarità patologica, ma uno stato morboso frequente e spesso sconosciuto. Occupano sopratutto il colon sinistro. Le materie penetrando nei diverticoli vi ristagnano, e si induriscono in calcoli fecali. Se l'orifizio di comunicazione coll'intestino si chiude si crea una cavità chiusa con conseguente sviluppo di infezione. Si possono avere ascessi, perforazioni con tutte le varie loro possibili conseguenze. Questi diverticoli del colon non sono congeniti ma acquisiti, e non hanno nulla a che vedere col diverticolo di Meckel, nè con quelli duodeno-digiunali. Nella loro patogenesi è necessaria, da una parte una alterazione atrofica della tunica muscolare dell'intestino per infiammazione cronica; d'altra parte è necessario che la pressione intra-intestinale sia aumentata perchè la mucosa faccia ernia sotto la sierosa passando tra le fibre muscolari.

Complicazioni: sono facili e numerose: ascesso della parete del colon, perforazione intestinale, peritonite generalizzata, ascesso addomino pelvico, fistole stercoracee vaginali, vescicali. Talora si formano delle specie di tumori pseudoneoplastici. Oppure il restringimento canalicolato dell'intestino, la retrazione delle pareti coliche può fare pensare alla tubercolosi o al cancro, il quale del resto può innestarsi su questo processo flogistico, come nello stomaco si può innestare su una ulcera gastrica.

Diagnosi: non esiste un quadro proprio, clinicamente parlando. L'A. consiglia di pensare alla possibilità di una diverticolite nei P. oltre la quarantina, sopratutto negli obesi, in cui si sia posta la diagnosi di enterite, tumore intestinale od appendicite cronica. Assai importante è *l'esame radioscopico* completo di tutto il tratto intestinale, che si dovrebbe sempre praticare in tutti gli enterici. Due sono le immagini caratteristiche: *a*) l'intestino in *accordeon* (De Quervain). La silhouette dell'ombra colica appare tutta dentellata, con un aspetto del tutto caratteristico; *b*) le macchie rotonde aggiunte ai lati del colon. Esse sono come sospese accanto all'intestino e corrispondono ai diverticoli ripieni di miscuglio opaco, e poi quando l'intestino si è vuotato spontaneamente o con purgante, le macchie restano sospese e visibili da ogni lato del colon. Una diagnosi differenziale difficile è quella tra tumori veri del colon e *pseudo-tumori da diverticoliti*. In questi la evoluzione più lenta, l'esistenza di dolore alla pressione, lo stato generale che si mantiene buono, l'assenza di sangue nelle feci, una lieve alterazione della temperatura, l'esistenza di una leucocitosi parlano a favore di un falso tumore. Anche la *rettoscopia* può dare qualche indicazione utile, ma è molto più utile la radioscopia.

Cura: la presenza di diverticoli senza accidenti acuti non deve essere trattata. Basta l'uso regolare di olio di paraffina, il regime latteo vegetariano; clisteri di bismuto, olio e amido. Anche la diatermia rende servigi utili. Nei casi complicati la cura deve essere chirurgica.

L. TONELLI.

Le appendiciti fulminanti.

Hilgermann e Pohl (*Münch. Mediz. Wochen.* n. 40, 1927) avevano osservato come alcuni individui della stessa famiglia, o che erano stati tra loro a contatto, presentavano delle appendiciti fulminanti. Per tale coincidenza iniziarono delle ricerche, pensando che si trattasse di appendiciti infettive metastatiche; ed infatti trovarono che tutti gli infermi presentavano contemporaneamente delle affezioni faringo-tonsillari.

Le ricerche in 156 appendicectomizzati mise in evidenza, in 93 casi, dei pneumococchi nel faringe e nell'appendice; in ordine di frequenza furono poi trovati streptococchi, B. difterici e di Plaut-Vincent e infine spirochete.

Allora gli AA. prepararono dei sieri antitossici polivalenti; accertata la diagnosi batteriologica, si iniziava la cura col siero specifico; con tale mezzo si ottennero risultati notevoli: su 10 casi, in condizioni disperate, già dichiarati perduti, sette guarirono con tale cura, e tre morirono.

Questi risultati sono interessanti, e consigliano tale metodo, che dev'essere strettamente specifico

per il germe, in quelle appendiciti acute in cui si possa stabilire la natura batteriologica dell'infezione. La diffusione avviene per via ematica.

CARUSI.

TERAPIA.

La vulvite gonococcica.

È la forma più frequene di vulvite; nella donna, si associa all'uretrite ed alla metrite del collo, nella bambina è invece isolata.

Come trattamento profilattico, tenere pulita la regione e sottrarre la bambina ad ogni causa di contagio.

Nel periodo acuto, raccomandare alla piccola malata di non portare le mani sulla parte. Per mezzo di una Nélaton, lavature con acqua borica al 3 %, con argirol o protargol a 1 %, con permanganato di potassio a 1/1000. Le soluzioni devono essere tiepide ed iniettate tre volte al giorno.

Nell'intervallo fra le lavature, interporre fra le labbra un tampone di cotone asettico spolverato con acido borico, oppure uno stuello di garza imbevuto con collargolo (g. 1) in sugna (g. 15). Spolverare la regione con dermatolo, carbonato di bismuto od aristol.

Durante la notte, applicare (nella bambina) un sottile suppositorio di collargol (cg. 5) in burro di cacao (g. 1,5), oppure di tannino (cg. 10) in burro di cacao (g. 1,5). La donna si introdurrà un ovulo all'argirol.

Si può anche usare un vaccino antigonococcico: nella donna 1/3, 1/2, 1 cmc. continuando con cmc. 1 e 1/2, 2. Si faranno le iniezioni ogni 4 giorni, basandosi sulle reazioni per aumentare la dose. Nella bambina, usare 1/10, 2/10, 4/10, 7/10 di cmc.

Nello stato cronico, toccamenti con nitrato d'argento a 1/50, protargol a 1/20, argirol a 1/10. Contro i punti persistenti di follicolite, cauterizzazioni con nitrato d'argento a 1/10 o col termocauterio. Nella peritonite gonococcica delle bambine riposo in letto, dieta ed applicazioni di ghiaccio.

(*Journ. des praticiens*, 26 novembre 1927).

fil.

La cura della blenorragia nelle bambine.

S. Calderoni e C. Agostinucci-Calderoni (*Azione sanitaria*, anno V, n. 2), hanno avuto buoni effetti in un centinaio di casi nel modo seguente.

1) Detersione accurata dei genitali esterni con soluzioni di permanganato di potassio (0,5/1000), di acido borico (30/1000), argirina (1/1000), o tripaflavina (1/1000).

2) Lavanda vaginale fatta per mezzo di un enteroclisma col tubo di gomma al quale si applica un catetere molle di grandezza varia a seconda dell'età e dell'orificio imeniale della paziente. Usare bassa pressione (un metro e mezzo di altezza). Si possono anche utilizzare delle pere di gomma di 1/2 litro di capacità.

3) Applicazione di una candelette Delegon al protargolo (10 %) di prima o seconda grandezza a seconda dell'età e dell'ampiezza del foro imeniale.

4) Fasciatura compressiva con cotone idrofilo e benda a T, che lo tenga bene in sito, per protezione della parte malata.

In casi di bambine ribelli, sostituire alle lavande vaginali, dei semicupi per mezz'ora con permanganato a 1/2000.

Durante le manovre curative, le bambine vengono tenute in posizione ginecologica, col bacino rialzato e le cosce ripiegate sull'addome.

La diminuzione della secrezione si avverte fino dalla prima settimana, la scomparsa, si ha alla quarta settimana nei casi più recenti ed alla settima-ottava in quelli più antichi.

Non si sono mai verificati casi di peritonismo (che si hanno talora con l'uso del nitrato d'argento).

Nella maggior parte dei casi osservati dagli AA., il contagio era avvenuto da parte dei famigliari (madre, sorelle) infetti e che dormivano nello stesso letto.

fil.

Formulario.

Nella dismenorrea.

Siredey consiglia:

Estr. di belladonna		
Estr. tebaico	ana	cg. 5
Antipirina		cg. 50
Burro di cacao		g. 3

S. per un suppositorio, 1-3 nelle 24 ore.

Oppure:

Estr. di canape indiana		
Estr. di belladonna	ana	cg. 1
Burro di cacao		g. 3

S. per un suppositorio. Incominciare l'uso a partire dal V giorno prima dei mestrui.

Nell'ipertricosi.

J. Gaté consiglia:

Acetato di tallio		cg. 30
Ossido di zinco		g. 2
Vaselina		g. 20
Lanolina		
Acqua di rose	ana	g. 5

S. applicarne, la sera, una porzione grossa quanto un chicco di grano. Al mattino, fare frizione con polvere di talco.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. C. V.:

L'*istamina* è la beta-imidoazolil-etilamina e viene usata per la esplorazione delle funzioni secretorie dello stomaco. Dopo assicurata la vacuità dello stomaco, se ne inietta 1 cmc. della soluzione all'1/1000 e soi aspira ogni 10 minuti con una siringa il contenuto gastrico in cui si determina l'acido cloridrico libero. La secrezione si inizia dopo 10 minuti e raggiunge il massimo dopo 30-40, prolungandosi per un'ora e mezza. Negli individui ipercloridrici o con ulcera, la secrezione si inizia anche dopo 4 minuti, negli ipopeptici, soltanto dopo 20-30; negli individui con neoplasmi dello stomaco, la secrezione è diminuita, ritardata o nulla. Veda anche R. BRANCATI. *La prova dell'istamina nello studio della secrezione gastrica*. Policlinico, Sez. chirurgica, gennaio 1928.

La *neve carbonica* è prodotta dal rapido congelamento, alla temperatura ordinaria, dell'acido carbonico liquido contenuto nelle bombole; si usa in svariate affezioni dermatologiche.

FILIPPINI.

Al dott. S. D.:

1) La soluzione di *cianuro di potassio* può essere pericolosa per assorbimento del tossico da parte di eventuali piccole ferite cutanee nel caso che vi si tengano immerse le mani o per una eventuale reazione con un acido per cui si sviluppa acido cianidrico gassoso. Sono quindi le condizioni in cui essa si maneggia che possono determinare l'eventuale pericolo, non esclusa la quantità totale della soluzione, poichè se se ne usano quantità minime, quali si adoperano per eventuali ricerche chimiche, il pericolo è trascurabile. Ad ogni modo, nei laboratori di chimica, le manipolazioni del cianuro di potassio si eseguono generalmente sotto una cappa di aspirazione ed il pericolo è quindi ridotto al minimo. In essi le intossicazioni sono generalmente rare e dovute a distrazione, in quanto che il chimico *deve* conoscere in quali condizioni può svilupparsi l'acido cianidrico; qualche caso di morte si è avuto, ma specialmente ottenuto deliberatamente a scopo suicida.

2) I vapori di *solfuro di carbonio* possono essere pericolosi per l'incendio (essendo molto infiammabili) e determinano, se respirati a lungo, alterazioni diverse, specialmente sul sistema nervoso e sul sangue: cefalea, vertigini, vomito, stati di eccitazione, poi depressione, malinconia, indebolimento della memoria, impotenza, rispettivamente nelle donne irregolarità mestruali ed aborti, congiuntiviti, tremore.

fil.

Al dott. T. N. da F. V.:

La soluzione di Lugol per l'esame delle feci è la stessa che si usa in batteriologia per il metodo di Gram. Il liquido si prepara sciogliendo 1 grammo di Iodio e 2 di ioduro di potassio in 5 cmc. di acqua distillata ed aggiungendo altri 295 cmc. di acqua distillata.

fil.

Al dott. T. V. da P. A. (Abb. 13765):

Sul pneumotorace consulti il trattato di BRECCIA «*La cura della tubercolosi polmonare*» (Unione tipografica editrice, Torino). DUMAREST et MURARD. *La pratique du pneumothorax thérapeutique*. Masson, ed. Paris. Le monografie di CARPI e di SORGO in *Handbuch der gesamten Tuberkulose Therapie*. Urban e Schwarzenberg ed. Berlin.

Il fasc. 41 del *Policlinico* del 1927, è stato tutto dedicato al pneumotorace artificiale.

fil.

All'abb. n. 2549:

Dopo la deprecata scomparsa del vaccinogeno comunale di Roma, che era in grado di provvedere linfa sufficiente per ogni esigenza anche straordinaria — scomparsa che non si deve incolpare all'Amministrazione di Roma — e dopo la chiusura dell'antico e glorioso Vaccinogeno di via Farini, chi ha bisogno di vaccino, e non vuole inviare i bambini nel pandemonio delle sale governatoriali di vaccinazione gratuita, deve forzatamente ricorrere alle farmacie o farsi inviare la polpa vaccinica dagli Istituti produttori ancora superstiti in Italia.

Le Autorità competenti dovrebbero però inviare alle farmacie apposite istruzioni sul modo di conservazione del vaccino, la cui attività si mantiene per lunghissimo tempo in opportune condizioni di temperatura.

g. s.

Al dott. C. F. da C.:

La raccolta della bibliografia su argomenti speciali esula dai compiti di questa rubrica. Ella dovrebbe rivolgersi ad un Istituto bibliografico; cfr. questo periodico, 1926, p. 1069; 1923, p. 1371.

P.

VARIA.

Sulla grafologia.

Ha trovato l'oracolo di Delfo la sua risposta? Si potrà d'ora innanzi non ingannarci più con noi stessi e con gli altri, liberi da ogni maschera, quali realmente siamo, all'infuori di ogni convenienza e di ciò che teniamo gelosamente e scrupolosamente nascosto dentro il nostro io?

Dimmi come scrivi e ti dirò chi sei: nessuna menzogna; non più accadrà di disconoscere il lupo dall'agnello nè si scambierà il pavone per la cornacchia. Non vi è peggior sordo di chi non vuol udire ma vi è qualche S. Tommaso che non vuol più credere. Noi non vogliamo che vagliare i fatti senza abbandonarci in folli entusiasmi o in eccessivi pessimismi e scetticismi. Che cosa c'è di vero, che cosa la scienza può dire oggi, quali i fatti, quali le ipotesi, quale l'avvenire di questa scienza.

La psicografologia meglio che grafologia (discorso della scrittura) non è un'arte, come la definiva il Binet, ma un fenomeno espressivo di figura grafica la quale rileva le tendenze di chi scrive e, paradossale, anche quando, secondo Preyer, si scrive coi piedi e con la bocca fissando la penna nelle rispettive parti. Abbiamo dato gran valore all'antropometria, all'antropologia, alla frenologia, alla cranioscopia, alla endocrinologia, ai tipi costituzionali, ai pletismogrammi, impercettibili semafori della occulta sensibilità umana, riconoscendo nella anatomia e nella fisiologia della fronte, dell'occhio, del naso, della bocca, del mento, delle mani, dei caratteri, degli attributi speciali rivelatori infallibili del nostro io interiore, e nel comportamento di essi nei rapporti armonici e disarmonici della fisionomia il testo materiato dell'uomo. La figura, il gesto, il portamento, la voce, il linguaggio ci parlano di un dato tipo diverso da un altro quasi segnassero barriere insormontabili. Il cappello sulle ventitrè, le due dita tese per saluto dal superuomo, il volto inespressivo dello sfaccendato, il labbro grosso del sensuale, il naso aquilino della intelligenza e molti altri esempi con una pennellata schizzano il tipo morale dell'individuo: dal suo stile abbiamo dedotto l'uomo. Come il segno dattiloscopico del pollice segna una impronta indelebile e precisa di un soggetto parimenti noi ammettiamo da esperienze personali e altrui che i segni grafici di ognuno di noi corrispondono al nostro io.

Non è una chiromanzia, ancor meno una irrealtà questa di voler giudicare con maggior ponderazione e con meno ignoranza lo studio dei segni grafici. Crepieux diceva che non vi è nella scrittura niente di inesprimibile perchè non vi sono che delle forme e le forme sono analizzabili. Come in pittura si riconosce dal tocco del pennello l'autore così da un tratto di scrittura si rivela fra le mille altre quella scrivente. Direi quasi che è più interessante il contenuto in sè delle forme grafiche che quello del pensiero con esse espresso. La storia della psicografologia non è molto lontana: il Baldo di Bologna nel 1662 pubblicò un libro in proposito; nel 18° secolo il Lavater, nel 1812 Hocquart con la sua « Arte di giudicare del carattere degli uomini per mezzo della loro scrittura ». Nel 1869 l'abate Michon che si può chiamare il vero fondatore. In Francia vi è una società grafologica con periodico suo; in Italia se ne occupò il grande Lombroso e qualche altro. Oggi esiste a Milano un Istituto grafologico diretto dall'Astillero. Il Sabbatini dice che in Inghilterra la grafologia è sfruttata dalle banche, dalle grandi Case di Commercio e dà risultati oltremodo sodisfacenti.

Naturalmente come ogni altra scienza ha i suoi termini e i suoi metodi di indagine. Non c'è dubbio che ogni estrinsecazione del nostro io non va perduta attraverso la penna. Bisogna convincersene. È un'analisi minuta su ogni riga, ogni parola, ogni lettera; ogni segno che porta alla sintesi della personalità. Non è un segno, sono tutti i segni così come una musica è data da note unite assieme. E chi fa screditare tale campo sono appunto i mestieranti e i novizi. Io più volte me ne sono servito per conoscere il soggetto che dovevo curare. L'esaminato molto contento nel sentirsi capito e ciò agevola ogni ulteriore indagine.

Dove cerchiamo noi le basi scientifiche di un simile ramo di scienza? In quella morfologia fisiologica di tutto l'essere che agisce e reagisce continuamente agli stimoli interiori ed esteriori di natura fisica chimica psichica. La bocca, lo sguardo, la mano, la parola, un atto possono tradire, velare, nascondere, la calligrafia mai. Calligrafia, intendiamoci, non nel senso corrente ma in quello grafologico cioè intima costituzione grafica. Vi è un parallelo evidentissimo di vocaboli tra la scrittura e i tipi costituzionali e una certa quale corrispondenza.

Il sentimento, l'intelligenza, la volontà, la fisionomia fisica e morale affiorano nell'esame. Che un avaro, per es. usufruisca anzitutto di ogni spazio per riempirlo, scriva strettamente a differenza di un prodigo è naturale, ma che uno per es. fra i lettori dai capelli biondi o dalle gambe storte trovi nei segni là una scrittura piuttosto filiforme, con sfumature nei chiaroscuri e qua le aste delle parole in diverse direzioni e con lettere come contorte c'è da stupirsi. Ma è un fatto assodato. Vi è dunque un parallelo

fisico grafico che non si può negare. Sul presentarsi di un segno grafico noi vi troviamo una ragione scientifica che per lo meno è logica e non cozza con astrazioni e raggiri. Il Koch per es. ne dà di magnifici. Come indice di profondità di intelligenza è la larghezza di lettere. R. S. La intelligenza è la radice di tutte le azioni umane: sotto tale aspetto l'intelligenza è la dominatrice del sistema nervoso, cioè i nervi obbediscono ad essa per trasmettere le azioni umane, azioni intellettive. Ora la intelligenza profonda cerca per sè stessa di allargare l'abisso dove è nascosta la verità, cerca di toglierne tutti gli ingombri per farvi penetrare la luce e poter così scrutare la verità senza impacci. I muscoli perciò, comandati inconsciamente, tracciano le lettere larghe perchè dentro e attorno ad esse possa giocare la luce.

Si suole generalmente obbiettare che la scrittura cambia secondo i momenti psicologici, secondo la moda, secondo la posizione del corpo e della mano sicuro, ma la personalità non cambia e quindi neanche i segni grafici nel loro contesto mutano. Si osserva che solamente ai suddetti vi si aggiungono degli altri che poi scompaiono quando l'individuo ritorna normale. Io ho potuto osservare che nei mutamenti di un malato di mente dallo stato di eccitamento maniaco a quello di depressione malinconica le stigmate proprie grafiche non cambiavano ma solamente vi erano sovrapposti segni esteriori propri a questi due stati morbosi, quindi si comprenderà come il dolore dia il suo marchio alla scrittura diverso da quello della gioia, così come l'occhio normale si offusca nell'angoscia e si illumina di speranza in una notizia lieta. Talvolta nelle perizie psichiatriche appare anche l'esame grafologico oltre a quello calligrafico. In questo noi mettiamo in evidenza solo l'autenticità di due scritti con quello inoltre tutto il soggetto. Da quanto dicemmo si può dedurre come generalmente la calligrafia del sesso e dell'età, vi appaia nei suoi aspetti propri. Esitante, impersonale nel primo caso, tremolante nel secondo: quella di donna più inclinata, più lieve a differenza di quella dell'uomo. Purtroppo siamo molto indietro ancora prima di poter dire di quale utilità coadiuvatrice la psicografologia ci può essere specie nel campo sociale, psicologico, psichiatrico. È doveroso approfondire tali studi i quali porteranno di certo nuovi quesiti. Allora potremmo prevedere e provvedere in tempo: allora un atto insano, di debolezza, di viltà, di perversità apparsi d'improvviso sul terso decorso di una vita troveranno la loro ragione di essere in un precedente esame psicografologico. È questione sopratutto di scoprire le tendenze naturali in ognuno di noi, perchè si possano correggere, attutire, vincere. Aggiungerò anche che in un certo senso vi sono dei punti di contatto fra psicoanalisi e psicografologia: in entrambi segni esteriori di tutt'altra specie e di tutt'altro valore insospettato dal soggetto stesso.

Importante pure sarebbe l'esplorazione sui rapporti fra stato somatico e segno grafico: c'è qualche grafologo che afferma che nelle malattie di cuore si avrebbero delle interruzioni nelle lettere specialmente nei gonfi e quasi sempre le linee sarebbero discendenti, i punti degli i fuori posto, ecc., nei tubercolotici la calligrafia si presenterebbe discendente; gli epatici oltre che averla discendente avrebbero delle lettere ammassate senza fioriture e poco inclinate; nel freddo la scrittura sarebbe più piccola e un po' malferma. Io credo tutto ciò dovuto ad azioni reciproche fra lo stato di salute e di malattia e il modo di reazione del singolo cervello alle sue condizioni pur restando fermo nelle sue linee fondamentali il carattere indistruttibile precedente.

Concludendo: se Balzac poteva dire che « l'oeil peut peindre l'état de notre âme » noi affermiamo che un'anima occulta ma decifrabile vi è nella grafia nostra; che è necessario scuotere un po' lo scetticismo verso questa nuova branca di indagini che ci offre un nosce te ipsum meno enigmatico e meno incerto.

Dott. DA VILLA.

Venezia, settembre 1927.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

GAETA RICCARDO. *Nuove vedute sulla profilassi e cura della tubercolosi polmonare.* — Milano, F. Vallardi, 1927.

LOLLINI CLELIA. *Un centro sanatoriale in formazione a Cuasso al Monte.* — Roma, Berlutti, 1926.

LO PRESTI-SEMINERIO FRANCESCO. *Sindrome leucemico cronica con ematoma.* — Napoli, Tip. dello « Studium », 1926.

LUCARELLI VINCENZO. *Rendiconto statistico-clinico-chirurgico dell'Ospedale Lodigiani di Luzzara.* — Viadana, P. Cavalca, 1926.

MAGNI LUCIANO e PIRAMI EDMEA. *Intorno ad una osservazione di malattia celiaca di origine pancreatica.* — Firenze, Luigi Niccolai, 1926.

MAGNI LUCIANO. *Intorno ad una rara forma di contrattura degli arti osservata in un malato affetto da parkinsonismo post-encefalitico.* — Siena, Tip. S. Bernardino, 1926.

MAZZOLENI LUIGI C. *Considerazioni e commenti al Rendiconto clinico-statistico del triennio 1924-25-26 dell'Ospedale dei Celestini di Bergamo.* — Bergamo, A. Mariani, 1926.

MONDIO ENRICO. *Psicosi da sifilide.* — Nocera Inferiore, Tip. del Manicomio, 1926.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARREA (*Aquila*). — Al 31 mag.; L. 9500 e 8 trienni ventes.; riconoscim. 12 anni; addizion. L. 2 oltre i 2000 pov.; tassa L. 50.

BERGAMO. *Municipio*. — A tutto 30 mag.; VII condotta; L. 7000, oltre L. 1440 serv. att. (L. 1940 dopo biennio di prova); aumenti di grado fino a L. 13.000, oltre L. 2240 serv. att.; tassa L. 50.10.

BIELLA. *Santuario di N. S. d'Oropa*. — Medico chirurgo residente; età lim. 60 a.; altitud. 1100 m.; popolaz. stab. 160; nella stagione estiva circa 2000 pers. al giorno; L. 10.500 e 10 bienni ventes., alloggio di 5 camere, illuminaz., riscaldam.; cura gratuita al personale ecclesiastico e amministraz. e ai poveri eventuali. Scad. 3 giu.; assunz. 3 giu. Posto adatto a medico anziano che volesse riposare piuttosto che ad un giovane. Rivolgersi all'Amministrazione, via Duomo 5, Biella.

BITTI (*Sassari*). — Uff. san.; L. 3000; rivolgersi Segret. com.

CARRO (*La Spezia*). — A tutto 31 mag.; L. 8200 per circa 43 pov., L. 300 bicicl., L. 200 (*sic*) uff. san.; età 25-35 a.; riconoscim. metà servizi anter.; tassa L. 50.10; chied. annunzio.

DOMODOSSOLA (*Novara*). *Spedale di S. Biagio*. — Scad. 25 mag.; primario di chirurgia; L. 2280 oltre 50 % proventi; per il 1° biennio l'amministrazione si obbliga di completare tale somma, se non venisse raggiunta; tassa L. 50.

FIVIZZANO (*Massa Carrara*). — Scad. 31 mag.; 3ª zona; L. 9000 oltre L. 1500 cav.; ab. 4107 in 9 frazioni.

GREVE (*Firenze*). — Scad. 31 mag.; per Lucolena; L. 8500 e 8 trienni dec., c.-v.; L. 3000 (variab.) per trasporto; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

GROSSETO. *R. Spedale della Misericordia*. — Aiuto chirurgo-radiologo; L. 7680, indenn. complementare L. 1459.20, 5 quadrienni dec., c.-v., 15 % tasse di cura; età 27-35 a.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50. Rivolgersi Congregaz. di Carità. Scad. 40 giorni dal 26 apr.

LASTRA A SIGNA (*Firenze*). — A ore 18 del 31 mag. (proroga); due condotte; L. 8500 e 8 trienni decimo; riconoscim. 4 trienni a L. 600; c.-v.; L. 750 indennità trasp. (variabile); tassa L. 50; chiedere annunzio.

LOZZO ATESTINO (*Padova*). — A tutto 30 mag.; L. 10.000 oltre L. 600 uff. san.; c.-v., L. 3000 cav.; abitaz. dietro fitto di L. 1200; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

MASSA. *Deputaz. Provinciale*. — Scad. 31 mag. Direttore della Sez. medica-micrograf. e direttore della Sez. chimica del Laborat. d'Igiene e Profilassi, con sede attuale in Carrara; L. 15.000 e 10 bienni ventes., c.-v.; eventualm. 25 % utili netti.

MONTALCINO (*Siena*). — Scad. 25 mag.; per Torrenieri; L. 8000 e 2220 indenn. supplementare, L. 3500 cav., 6 quadrienni dec.; tassa L. 50.15.

MONTEGIBERTO (*Ascoli Piceno*). — A tutto 31 mag.; L. 9000 pel 25 % della popol.; L. 500 ind. laurea; L. 2500 cav.; L. 1000 indenn. forese; L. 500 uff. san.; 5 quadrienni dec.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 15 aprile; età lim. 45 a.

NUORO. *R. Prefettura*. — Uff. san. e capo ufficio d'igiene capoluogo; a ore 18 del 20 mag.; titoli ed esami; L. 12,000 oltre L. 2800 serv. att. e c.-v. Domande all'Ufficio Sanit. Provinc.

ORANI (*Nuoro*). — Scad. 30 mag.; uff. san.; L. 3000 (*sic*); età lim. 45 a. Rivolgersi segretario com.

PAGANI (*Salerno*). — Scad. 30 mag.; L. 6000 (*sic*) e 4 quadrienni dec.; età lim. 50 a.; tassa L. 50.

PERGOLA (*Pesaro Urbino*). — 3ª cond., per 9 fraz.; a ore 12 del 20 giu.; età lim. 40 a.; doc. a 6 mesi dal 1° mag.; L. 8000 oltre L. 3500 (rivedibili), cavalc., c.-v., addizion. L. 2 oltre i 500 pov. e L. 3 oltre i 1000, 5 quadrienni dec.; tassa L. 50.10; chied. annunzio.

PIOMBINO. *Ospedale Vitt. Em. III*. — Assistente med.-chir.; L. 4000 e 5 quadrienni dec., vitto, camera con obbligo di pernottaz., compartecipaz. 5-15 % varî proventi; doc. alla Congregaz. di Carità entro il 31 mag.; età lim. 32 a.; tassa L. 50.10; titoli; l'Amministraz. si riserva il diritto insindacabile di non fare la nomina. Chied. annunzio.

POFI (*Roma*). — Al 30 mag.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; c.-v. L. 840 se coniugato.

ROIATE (*Roma*). — A tutto 31 mag.; L. 10.500 oltre L. 400 se uff. san.; chied. annunzio.

ROMANO DI LOMBARDIA (*Bergamo*). *Ospedale Civile SS. Trinità*. — Medico chirurgo direttore; doc. a 3 mesi dal 1° apr.; età 30-40 a. salvo eccez. regol.; titoli; nom. biennale, conferma per 5 anni, riconferma a vita; accettaz. entro 15 gg., assunz. serv. entro 30; L. 12,000 oltre L. 2000 serv. att.; diritto a due camere nell'Ospedale. Ab. 8000; osped. di 70 letti. Scad. 31 mag.

ROVATO (*Brescia*). — A tutto 31 mag., 3ª cond.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15; doc. a 3 mesi dal 28 apr.; L. 9000 e 6 quinquenni dec., c.-v., lire 3000 cav.

SALSOMAGGIORE (*Parma*). — A tutto 20 mag., 3ª cond.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; L. 4000 trasferta, L. 500-1800-4000 mezzo trasp.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 5 apr.; età lim. 40 a.

S. VINCENZO VAL ROVETO (*Aquila*). — Scad. 20 mag.; per 2 frazioni; L. 9500 oltre L. 2700 cav.; tassa L. 50,10.

SESTO S. GIOVANNI (*Milano*). — Scad. 31 mag.; uff. san. capo Servizio Igiene; L. 10.500 oltre L. 4000 indenn. serv. e L. 1500 trasp.; titoli ed esami; chied. annunzio Segret. com.

TRENTO. *Ammin. Provinc.* — Scad. 30 mag.; assistente alla Sez. med. micrograf. e antirabbica del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; L. 11.600 e aumenti periodici, oltre L. 2800 serv. att.; età lim. 35 a.; dom.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Aiuto nella Divisione Chirurgica IIª; L. 4560 per i coniugati, L. 4200 per i celibi; nom. e conferma biennali; tassa L. 50; età lim. 35 a.; titoli ed esami; chiedere annunzio. Scad. ore 17 del 30 mag.

CONCORSI A PREMIO.

Scuola Superiore di Malariologia. - Roma.

Sono istituiti N. 2 premi di L. 5000 ciascuno offerti dall'Istituto Farmacoterapico Italiano di Roma da conferirsi ai due migliori lavori clinico-sperimentali sull'azione del solfato doppio di chinino e berberina nella terapia dei malarici con speciale riguardo alle forme croniche.

Possono concorrere: *a*) gli allievi o diplomati della Scuola Superiore di Malariologia; *b*) gli assistenti od aiuti degli Istituti Scientifici delle RR. Università o degli Ospedali del Regno.

L'aspirante dovrà far pervenire, non oltre il 31 dicembre 1928, alla Direzione della Scuola Superiore di Malariologia, un'istanza per ammissione al Concorso (in carta bollata da L. 2), i documenti necessari per dimostrare la sua qualifica, e, non oltre il 1° giugno 1929, non più di un lavoro, in copia dattilografata, sull'argomento sopraesposto.

La Direzione della Scuola si riserva di nominare la Commissione che sarà presieduta dal Direttore e composta da altri due membri, scelti tra i docenti della Scuola stessa.

Entro due mesi dalla chiusura del Concorso saranno assegnati i premi. Qualora nessun lavoro, a giudizio della Commissione, fosse meritevole, il Direttore della Scuola potrà annullare il presente Concorso e bandirne altro.

Per ogni informazione rivolgersi alla Segreteria della Scuola, Clinica Medica - Policlinico Umberto I - Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

I proff. A. Binet e L. Cornil, *agrégés* alla Facoltà Medica di Nancy, sono stati incaricati rispettivamente dei corsi di clinica ginecologica e di clinica neurologica.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Torino.

Riunioni chirurgiche radiologiche del Piemonte.

Nel pomeriggio di domenica, 15 aprile, nell'Aula della Clinica Chirurgica si sono iniziate queste riunioni indette dal « Centro per lo studio e cura dei tumori ». La Classe Medica della città e provincia ha risposto con entusiasmo al gentile invito del presidente del Centro, prof. sen. Pescarolo. Sono intervenuti anche radiologi di altre Università. Il prof. Donati ha presentato casi clinici di neoplasie del tubo gastro-enterico che dimostrano come agli scopi diagnostici si deva auspicare ad una sempre più unita collaborazione fra Radiologia e Clinica. In un caso si trattava di neoplasma della grande curvatura e ulcera della piccola curvatura dello stomaco in cui giovarono e furono anzi necessarie agli scopi diagnostici ripetute radiografie in varie posizioni dello stomaco, metodo di esame sulla cui utilità il prof. Donati ha insistito per propria esperienza. L'am. fu operato di ampia resezione gastrica ed è ora in buone condizioni. Ha presentato poi altre radiografie di ammalati con localizzazioni neoplastiche del colon discendente che risultarono inoperabili alla laparatomia, in cui invece vari esami radiologici non avevano dato reperti conclusivi o comunque rispondenti alla gravità della situazione.

Il prof. Micheli ha quindi parlato, presentando ammalati e radiografie, « Sulla diagnosi clinico-radiologica dei tumori del mediastino ». Ha insistito anche in questo campo sulla collaborazione fra clinico e radiologo che sola può permettere una sicura diagnosi di natura del tumore mediastinico. A volte, mentre i reperti radioscopici e radiografici accurati, possono lasciare incertezze anche ad esperti radiologi sulla natura del tumore, altri mezzi di cui dispone oggi la Clinica possono venire validamente in aiuto a chiarire la situazione. Prese quindi in esame particolare i tumori mediastinici dovuti a localizzazioni nelle ghiandole mediastiniche del linfogranuloma maligno ed espose i criteri clinici principali che servono a indirizzare la diagnosi verso queste forme: la presenza di ghiandole sopraclavicolari e più raramente cervicali e ascellari per lo più bilaterali, la scarsezza della sintomatologia di compressione in confronto alla grandezza del tumore (ciò che ritiene dipendere dalla lentezza con cui si sviluppa il tumore), la scarsezza, almeno in un primo tempo della compartecipazione dello stato generale, il prurito, l'anergia tubercolinica dimostrata coll'intradermoreazione, la mononucleosi all'esame ematologico e, quando esiste, l'eosinofilia; in qualche caso il tipo febbrile (ondulante, ricorrente) e infine come reperto di certezza la biopsia di una ghiandola sopraclavicolare o cervicale. Anche il reperto radiografico può essere utilizzato, cum grano sali, per la natura del tumore mediastinico, per i suoi contorni abitualmente policiclici che esprimono l'origine pluriglandolare. La diagnosi della natura linfogranulomatosa del tumore è mol-

to importante anche per la pratica, considerando che la roentgenterapia nel linfogranuloma riporta brillanti risultati, con notevoli remissioni e sopravvivenze che in alcune osservazioni, anche di sua esperienza personale possono datare da oltre sei anni. Attirò infine l'attenzione sui tumori mediastinici dovuti a linfogranuloma sifilitico in cui, anche in condizioni gravi, con spiccati fenomeni di compressione, la cura specifica è seguita, secondo la sua esperienza personale, da risultati brillanti e duraturi.

Il prof. Uffreduzzi ha comunicato « Sulla particolare malignità di alcuni tumori di origine vascolare », presentando casi personali di endotelioma che richiesero numerosissimi interventi operatori per recidive in sito. Insiste anche sulla constatazione del contrasto che spesso esiste fra la malignità clinica del tumore e i comuni criteri istologici di malignità dei neoplasmi.

Hanno comunicato quindi il prof. Lussana (Ivrea) « Su alcuni interventi per tumori dell'intestino » presentando alcuni casi con storie cliniche particolarmente interessanti ed operati con esito assai buono. Il prof. Cian Garlo Segale (Genova): « Sulla radioterapia e l'intervento chirurgico nelle metastasi linfatiche dei carcinomi della cavità orale » esponendo osservazioni su 47 casi di grande interesse scientifico e pratico per il trattamento di queste tanto gravi localizzazioni dei neoplasmi. Il dott. Alessandro Vallebona (Genova) sulla guida di numerose osservazioni personli nell'Istituto del prof. D. Maragliano ha intrattenuto l'assemblea sull'infiltrazione neoplastica dei mascellari e l'osteoradionecrosi. Propende fondamentalmente a ricondurre la radionecrosi alla forte quantità di raggi secondari che si producono dall'osso stesso che assorbe grande quantità di raggi e che è tanto ricco di calcio. Considera le controindicazioni che possono venire alla radioterapia da processi osteomielitici sovrapposti o in generale da processi infiammatori. Il prof. A. Maria Dogliotti comunicando sulla « Particolare labilità di fronte all'invasione neoplastica dei lembi cutanei prelevati a distanza a scopo di plastica » ha attirato l'attenzione sulla questione delle difese locali dei tessuti che circondano il neoplasma e sui fenomeni di immunità relativa locale dei tessuti viciniori, questioni che mettono in discussione speciali indirizzi pratici di intervento chirurgico. Il prof. Boidi-Trotti ha parlato « Sull'opportunità di somministrare dosi massive nella Roentgenterapia degli epiteliomi cutanei ». Il dott. Biancalana « Sugli esiti a distanza dell'emicolectomia destra per carcinoma ».

Dopo le varie comunicazioni hanno parlato più volte vari degli intervenuti e gli argomenti, com'era desiderio della presidenza, sono stati oggetto di discussione. Tra gli altri il prof. D. Maragliano ha insistito sul suo concetto che non si deva parlare mai di diagnosi radiologica in contrapposto ad una diagnosi clinica; la diagnosi deve essere una e l'interpretazione del reperto radiologico è quella che meglio si adatta al quadro clinico.

Il prof. Battistini a proposito di radiumterapia ha constatato come valga per essa la legge farmacologica fondamentale della chemioterapia che la dose lieve può provocare ipersensibilità e resistenza. Il prof. Pescarolo, considerato il grande interesse pratico dell'argomento, che già risalta da alcune comunicazioni di questa seduta, propose che fosse messo all'ordine del giorno di una prossima seduta il tema: « Indicazioni e controindicazioni della radiumterapia nelle varie localizzazioni dei neoplasmi ». CIPRIANI.

Da Firenze.

Alla Scuola di Sanità Militare.

Nel corrente mese di aprile si sono avute altre due conferenze alla Scuola di Sanità Militare. La prima di queste è stata tenuta dal sen. Antonio Garbasso su: « Il contributo di Firenze alla fondazione delle scuole sperimentali ». L'O. ha ricordato i progressi apportati nel campo della fisica, della biologia, della medicina dai preclari ingegni toscani dell'antichissimo studio fiorentino che sulle orme di Leonardo e Galilei grandemente contribuirono all'istituzione di quel metodo sperimentale che è vanto e gloria della scienza italiana.

L'altra conferenza ha avuto per tema: « Le malattie professionali nelle loro fasi iniziali ». Oratore il prof. Luigi Devoto che con grande competenza ha rilevato come nelle più importanti forme di malattie del lavoro quali l'intossicazione saturnina, il mercurialismo, le malattie da inalazioni di polveri, quelle da sforzo, da ipersensibilità, nell'anchilostomiasi, sia consentito, con i mezzi di cui disponiamo, di rilevare tutta una serie di sintomi premonitori che rendono più facilmente depistabili e quindi meglio prevenibili tali forme morbose; e, come spesso, all'attecchimento di esse, cooperano fattori intrinseci costituzionali o anche ambientali.

Nel trattare di tutto ciò l'O. ha citato fatti e osservazioni di grande interesse clinico, frutto in buona parte del lavoro che va svolgendo la sua Clinica.

Nel concludere la dotta esposizione ha fatto presente quanto mai vasto appaia dunque il campo della medicina del lavoro, così vasto da non paventare neppure la tanto deprecata pletora medica per il lavoro ch'esso potrà dare ai sanitari, una volta che se ne sia compresa tutta l'importanza sociale, come del resto dimostra di fare con le sue razionali provvidenze il Governo Nazionale.

Aprile 26. P. C.

Da Catania.

Universitaria.

Il prof. M. Ascoli, di Clinica Medica a Catania, ha ricevuto invito ad intervenire ad una conferenza internazionale contro il cancro, indetta per luglio presso la Reale Società di Medicina in Londra.

Nell'ultima decade di aprile è morto improvvisamente il prof. Parodi, titolare della cattedra di Anatomia patologica. A. T

NOTIZIE DIVERSE.

All'Ospedale Mauriziano di Torino.

Il 2 corr., con solenne cerimonia, S. M. il Re ha posato la prima pietra dell'erigendo nuovo braccio dell'Ospedale dell'Ordine Mauriziano, che fu fondato da Emanuele Filiberto. Alla cerimonia assistevano anche la Regina, il Principe Ereditario, il Duca e la Duchessa di Aosta, la Duchessa delle Puglie, il Duca di Genova, il Duca degli Abruzzi, il Principe di Udine, il Duca di Ancona, la Principessa Maria Adelaide, la Principessa Bona col consorte Principe Conrad di Baviera, e altissime autorità.

L'on. Boselli pronunziò il discorso ufficiale. Dopo aver rievocata la figura di Condottiero e di Principe di Emanuele Filiberto che fu il fondatore dell'Ordine Mauriziano, accenna alla fortuna ed alle vicende dell'istituzione così intimamente legata alla tradizione di bontà e di pietà della Casa Savoia. Esalta il concetto umanitario che decise l'Ordine Mauriziano ad erigere questo nuovo braccio dell'ospedale, ringrazia il Podestà, che ha concesso gratuitamente il terreno; infine l'on. Boselli invita il cardinale Gamba a benedire questa nuova pietosa edificazione e prega il Re di compiere il rito augurale.

Il gr. uff. Lanza legge il Decreto Reale che ordina la esecuzione dell'opera e quindi il Re e la Regina, il Principe di Piemonte, i Reali Principi e le maggiori autorità presenti firmano la pergamena che, chiusa nella pietra su cui il Re con una cazzuola di argento sparge la calce, viene, dopo la rituale benedizione, discesa tra vivi applausi.

I Congressi di Roncegno.

Dal 17 al 20 giugno si terranno a Roncegno (Valsugana) il V Congresso della Società di Sessuologia, Demografia ed Eugenica, la XIV Riunione dell'Associazione Professionale dei dermosifilografi Italiani ed il II Congresso dell'Associazione Ultravioletta Italiana, sotto la presidenza onoraria del prof. G. Viola, direttore della Clinica Medica della R. Università di Bologna, Consulente delle Terme di Roncegno.

L'inaugurazione dei tre convegni avrà luogo contemporaneamente il 17 giugno.

Sono in programma varie gite e festeggiamenti. Alle riunioni sarà annessa una piccola esposizione campionaria di medicinali e libri.

La spesa per i primi tre giorni è di L. 150, con diritto alla gita in auto a Levico e a Vetriolo, alla gita a Comano, Riva di Garda, Trento, Roncegno, alla colazione ed al pranzo del 1° giorno, e del 2° giorno. L'alloggio dei congressisti al Palace Hôtel o al Grand Hôtel nonchè la prima colazione sono offerti gratuitamente dalla Direzione di detti alberghi. Quindi nella quota di L. 150 è compresa ogni e qualsiasi spesa durante i 3 giorni di soggiorno a Roncegno.

La spesa pel 4° giorno facoltativo è di L. 70, compreso il pranzo all'Hôtel Lavarone. La gita in auto è di Km. 70 attraverso zone interessantissime di guerra ed eccezionalmente panoramiche.

I congressisti in regola con le tasse sociali che volessero intervenire sono pregati di iscriversi al più presto, inviando la tassa di iscrizione personale in L. 10 e per i familiari in L. 20 e la quota di spesa per le facilitazioni alle quali aspirano (per i primi tre giorni L. 150, e per tutti e quattro i giorni L. 220) al segretario del Comitato (dott. Sberna, via Roma, 2, Firenze). I posti messi a disposizione al Grand Hôtel dalle Terme per il Congresso sono esauriti e saranno destinati secondo l'ordine d'iscrizione definitivo, che si chiude perentoriamente il giorno 8 giugno: i ritardatari potranno trovare posto negli altri alberghi di Roncegno.

I congressisti che andranno con mezzi propri (automobile) godranno la riduzione del 50 % sulla quota e il 30 % per una sola persona ospite della macchina (anche se non di famiglia) e nessuna riduzione per altri ospiti. Sono pregati anche di comunicare al dott. Sberna nella scheda di adesione se possono mettere a disposizione del Comitato posti nelle loro vetture.

Per accedere a Roncegno si potrà usufruire della linea di Trento (e in questo caso si godrà anche la facilitazione della estate tridentina col 50 % di riduzione), dove si prenderà il biglietto per Roncegno, oppure della linea di Bassano-Roncegno (con biglietti usuali dei Congressi che saranno recapitati a tempo debito col numero della stanza destinata).

Le « giornate mediche » di Bruxelles.

Nel 1928 le « giornate mediche », poste sotto l'alto patronato dei Sovrani del Belgio, hanno assunto a Bruxelles uno sviluppo e un'importanza ancora superiori a quelle degli scorsi anni.

Vi hanno partecipato 1200 aderenti e i delegati di 16 nazioni, tra cui l'Italia.

Alla seduta inaugurale, nella grande aula del Palazzo delle Accademie, il 21 aprile, il discorso inaugurale fu tenuto dal ministro dell'Interno e dell'Igiene.

Alla solenne seduta plenaria il presidente del Consiglio e ministro delle Colonie trattò con eloquenza e competenza il problema dell'Ordine dei Medici.

I lavori si svolsero nel Palazzo del Cinquantenario. Vennero tenute numerose conferenze che noi avevamo annunziato, e fatte 142 comunicazioni, che si dovettero ripartire in 3 Sezioni. Ne è derivata una messa a foco di tutti i problemi di maggiore attualità nei diversi campi della medicina e della chirurgia.

I professori Donati di Torino, Fourmestranc di Chartres e Bastos di Madrid eseguirono degli interventi operativi alla presenza dei congressisti.

La chiusura ebbe luogo all'Università di Gand il 25 aprile.

I lavori furono intramezzati da feste, banchetti e ricevimenti. Riuscitissimi furono, a Gand, una

colazione al Palazzo dell'Azalea e una féerie alle Floralies Gantoises.

Riportarono molto successo la Mostra delle arti e delle scienze applicate alla medicina, alla chirurgia, alla farmacia e all'igiene sociale e il «Salon» dei medici artisti.

Le signore dei congressisti — più numerose che negli altri anni — furono guidate da comitati di signore alle visite dei principali istituti artistici, dei grandi negozi, ecc.

V Congresso russo di radiologia.

Avrà luogo a Kieff dal 19 al 23 maggio 1928. Vi si tratteranno questioni di radiodiagnostica, radioterapia, radiobiologia, radiofisica, ecc. Temi di relazione sono: 1) Sulle conseguenze dei cambiamenti degli elementi cellulari sotto l'influenza dell'energia attinica. 2) Classificazione e radiodiagnostica delle malattie articolari. 3) Cambiamenti funzionali e anatomici del canale gastro-intestinale dopo gli interventi operatori. 4) Radioterapia delle malattie dell'apparecchio emopoietico. Inoltre si discuterà sui seguenti temi: la castrazione temporanea a mezzo dei raggi X e la radiodiagnostica delle malattie dell'intestino crasso. Inviare le adesioni a M. B. M. Berenstein, Istituto Radiologico, via Tolstoi, 7 - Kieff (U. R. S. S.).

Corso complementare d'igiene.

Si terrà nell'Istituto d'Igiene di Padova per aspiranti ufficiali sanitarî a partire dal 15 maggio, per la durata di due mesi; tasse complessive L. 395.70; modalità consuete.

Corso di perfezionamento sul cancro.

Dal 16 al 31 ottobre si svolgerà a Strasburgo il 2° Corso di perfezionamento sul cancro, organizzato dal prof. Gunsett, sotto l'alto patronato del sen. Paul Strauss. Avrà carattere teorico-pratico con speciale riguardo alla terapia fisica. Le lezioni saranno impartite da Borrel (Istituto Pasteur), Ganuyt (Clinica otorinolaringologica), Gunsett (Centro anticanceroso), Leriche (I Clinica chirurgica), Masson coadiuvato dal dott. Oberling (Istituto d'anatomia patologica), Paurier (Clinica dermatologica), Reeb (Maternità), Stolz (II Clinica chirurgica), Vlès (Istituto di fisica biologica), Weil (Clinica oftalmologica). Tassa di iscrizione franchi 300. Ai partecipanti, il cui numero è limitato, si rilascerà un attestato. Alla chiusura del corso si terrà una giornata di conferenze e comunicazioni, presieduta dal senatore Strauss, per la quale sono all'ordine del giorno il cancro del cavo orale e dell'apparato respiratorio e della tiroide; chi desiderasse di fare delle comunicazioni è pregato d'inviarne il titolo non oltre il 1° giugno. Rivolgersi al prof. Gunsett, incaricato alla Facoltà di Medicina, direttore del Centro anticanceroso, Strasburgo.

Lotta antitubercolare in Sicilia.

Ad iniziativa del prof. Luigi Manfredi, i rappresentanti della Federazione dei Consorzi Provinciali Antitubercolari di Sicilia, riuniti a Palermo il 5 marzo nella sede dell'Ordine dei medici, hanno fatto voto al R. Governo che un rappresentante dei medici condotti, designato dall'A. N.F.M.C., sia compreso tra i cinque membri eletti dall'Assemblea dei Consorzi a far parte della Giunta Esecutiva, cogliendo occasione del momento attuale in cui essi stanno per essere ricostituiti; che l'Associazione Nazionale Fascista M. C. a mezzo delle Sezioni Provinciali prenda iniziativa per l'organizzazione in Sicilia di Dispensari ambulanti nei diversi Comuni in armonia coi Consorzi; che da parte dei Consorzi e delle Sezioni Provinciali dell'A.N.F.M.C. si svolga azione efficace presso il Governo perchè siano promossi ed agevolati corsi specializzati di tisiologia destinati ai medici condotti; che ogni singolo Consorzio provveda una auto-ambulanza fornita di apparato radiologico, pneumotoracico e di proiezione, da dislocare secondo il bisogno ad eventuale integrazione dell'opera e della propaganda dei Medici condotti; che questi svolgano attiva azione di propaganda.

Donazioni e lasciti.

La signora Luigi Zacchi, vedova del dott. Giorgio Fornoni, mancata ai vivi in Milano il 10 marzo, ha disposto in favore dell'Ospedale Maggiore di Milano di un legato di L. 200.000.

Il Primario emerito dell'Ospedale Maggiore di Milano dott. comm. Ambrogio Bertarelli, che anche recentemente altre vistose oblazioni ha fatte per il medesimo scopo benefico, ha testè elargito in favore della Sezione Fotoradioterapica dell'Ospedale, che reca il suo illustre nome ed è attualmente diretta dal dott. prof. Emilio Viganò, L. 10.000 in memoria della compianta sorella donna Vincenza Bertarelli ved. Casati e L. 200.000 in memoria del compianto fratello comm. Luigi.

La signora Clotilde Benzoni fu Pietro, già domiciliata in Cinisello, pensionata quale ex insegnante elementare, mancata ai vivi nell'Ospedale Umberto I di Monza il 24 marzo, ha istituito l'Ospedale Maggiore di Milano erede dei suoi modesti risparmi, che ammontano a circa trentamila lire.

Il signor Michele Moltrasio del fu Giovanni, morto in Milano il 23 marzo, ha nominato l'Ospedale Maggiore di Milano erede della sua azienda commerciale di ventagli.

Una cattedra di Medicina del Lavoro all'Università di Napoli.

La Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Napoli ha, con voto unanime, deliberato l'istituzione di una Cattedra di Medicina del Lavoro, la quale comprende l'insegnamento delle malattie professionali ed estenderà il suo campo di azione alla tutela dell'intera vita dell'operaio, anche oltre le ore del lavoro.

A coprire la cattedra è stato chiamato il prof. Nicolò Castellino, che già era incaricato dell'insegnamento delle malattie professionali nella stessa Università.

Al prof. Nicolò Castellino i nostri cordiali rallegramenti.

Medici belgi in Svizzera.

La Casa Hoffmann-La Roche di Basilea ha invitato 68 professori, medici e studenti delle quattro Facoltà mediche del Belgio ad una breve gita in automobile attraverso la Svizzera; la gita è durata due giorni, con soste a Basilea ed a Zurigo.

Le assicurazioni-vita in America.

Nella biblioteca dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, il consigliere di amministrazione dell'Istituto stesso, comm. Giuseppe Mastromattei, ha tenuta una conferenza sulle assicurazioni-vita negli Stati Uniti d'America.

Sulla guida di accurati e abbondanti dati statistici, il Mastromattei ha tracciato un quadro completo e interessante dello sviluppo dell'assicurazione vita negli Stati Uniti, trattando particolarmente delle condizioni di mercato, delle condizioni di polizza, dell'organizzazione e delle assicurazioni ordinarie, collettive popolari, le quali ultime hanno assunto proporzioni fantastiche.

Ha accennato alla propaganda igienica delle Compagnie vita in America, augurando prossima l'organizzazione anche in Italia di un istituto per il prolungamento della vita; e dell'accentramento presso il massimo ente assicurativo italiano, che è l'Istituto di Stato di tutte le assicurazioni-vita dei dipendenti degli enti statali.

Il Mastromattei ha chiuso inneggiando alla sapiente legislazione sociale voluta in Italia dal Duce.

Nuovo periodico.

Ha iniziato le pubblicazioni la « Nuova Medicina Italica », rivista di medicina, scienze affini e problemi professionali, diretta dal prof. Michele Landolfi; ne è redattore capo il dott. Radegondo Marotta, segretario di redazione il dott. A. Lauri. Espone il seguente programma: « semplificare il complesso, rendere accessibile ciò che vi è di astruso nelle mediche discipline ai giovani medici ed agli studenti, facilitare il compito ai medici curanti, eliminare tutto il bagaglio ingombrante delle cose inutili, dannose o non degne di essere usate, breve volgarizzare la scienza ai fini della pratica, può essere benissimo il fine precipuo che può giustificare la comparsa di un nuovo giornale di medicina ». Il quale intende di giovare anche ai medici maturi e si propone per meta la grandezza d'Italia.

Il primo fascicolo contiene una conferenza del Landolfi, una nota preventiva del Marotta, varî altri pregevoli contributi, notizie di cronaca locale, ecc.

Gli uffici hanno sede a Napoli, via Egiziaca a Pizzofalcone 11.

Augurî al nuovo confratello.

Per una clinica di malati di reumatismo a Londra.

La Croce Rossa Inglese ha rivolto un appello ai medici ed alle case commerciali, allo scopo di raccogliere i fondi necessari per istituire a Londra una Clinica per adulti malati di reumatismo. La spesa è preventivata in 40 mila sterline, ossia 7 milioni di lire it., di cui metà già versate dalla Croce Rossa in nome proprio o di donatori.

Nuova clinica oto-rino-laringologica a Strasburgo

Inaugurata al principio dell'anno, è capace di 100-120 letti; alla costruzione dell'edifizio, che consta di un pianterreno e due piani sopraelevati, ha concorso con un milione di franchi la Fondazione Rockefeller.

In onore di Marañon.

Il 25 febbraio u. s. venne festeggiato alla Facoltà medica di Madrid il prof. G. Marañon, con una serie di relazioni scientifiche sull'endocrinologia, campo nel quale il Marañon si è particolarmente affermato. Alla manifestazione, organizzata dal periodico « Los progresos de la Clínica », parteciparono alcuni medici stranieri, tra i quali Labbé di Parigi e Blum di Strasburgo.

Vittima del dovere.

Il dott. D. Augustin Prió, capo del Servizio radiologico dell'Ospedale della S.ta Croce e di S. Paolo a Barcellona, fu uno dei primi a impiegare in Spagna i raggi X; ora è stato mutilato di un dito della mano destra, a causa di lesioni cagionate da questi raggi. Il sindacato dei medici della Catalogna gli ha reso un sentito omaggio.

Vittima della scienza.

È morto a Mosca il dott. Alessandro Bogdanov, direttore di quell'Istituto scientifico dello Stato per la trasfusione del sangue, in seguito a intossicazione prodotta da un auto-esperimento di trasfusione.

I medici dell'Australia.

Secondo il « Medical Journal of Australia » sono aumentati da 4773 nel 1925 a 5231 nel 1927, ossia del 4.37 % l'anno, mentre la popolazione nel frattempo è aumentata di circa il 2 % l'anno. La distribuzione per regioni risulta come segue: Nuova Galles del Sud 2134; Vittoria 1692; Queensland 551; Australia Meridionale 449; Australia Occidentale 254; Tasmania 151.

« Records » di bassa mortalità e alta natalità in Italia.

Nel comune di Zoppola (Friuli) la mortalità durante il 1927 è stata del 7.5 ‰ appena; prima il *record* era tenuto da Chieti, con 17 ‰.

Il comune di S. Bellino (Rovigo) ha battuto nel 1927 il *record* dell'alta natalità, con 41.74 ‰, mentre la mortalità è stata di 11.5 ‰.

Gli automobili dei medici in Spagna.

Gli automobili dei medici in Spagna pagano la metà delle imposte corrispondenti alla loro categoria, a condizione che il peso ne sia inferiore a 750 Kg.

Guida Medica della Cina.

L'Associazione Medica Nazionale della Cina ha pubblicato una «Guida Medica», in occasione della sua 7ª Conferenza biennale, adunatasi a Pechino dal 27 gennaio al 2 febbraio 1928. È redatta in lingua inglese e cinese; risulta di circa 150 pagine; contiene la descrizione delle istituzioni mediche: uffici di sanità, scuole mediche, ospedali; segue un elenco dei medici cinesi ed una lista di fornitori di presidî medici. È corredata di una «pianta medica» della città di Pechino: a questa città è riservata buona parte del volume.

Si può ottenerlo rivolgendosi a «The National Medical Association of China», Thibet Road 545, Shanghai.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Dicembre 1927.

MALATTIA	28 nov. 4 dic.		5-11		12-18		19-25		26 dic. 1 genn.	
	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi
Morbillo . . .	255	1978	269	2261	281	2382	237	1819	256	2422
Scarlattina . .	237	568	202	475	207	452	177	359	149	420
Varicella . . .	139	375	138	389	131	382	114	302	79	210
Vaiuolo e vaiuoloide . .	1	1	4	4	1	1	1	2	—	—
Tifo addominale	432	861	363	731	293	567	223	438	242	466
Dissenteria . .	14	25	9	11	3	8	2	2	1	1
Difterite e croup . . .	319	649	309	591	310	537	250	449	241	424
Meningite c.s.e.	3	4	4	4	7	7	7	7	6	6
Poliomieliti a.a.	9	10	3	3	6	7	4	4	7	7
Encefalite letargica . .	4	4	7	7	1	1	3	3	4	4
Rabbia morsicati	36	53	32	44	37	58	34	48	42	63
Rabbia dichiarati	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pustola maligna	15	17	20	24	18	20	15	16	19	26

Tifo petecchiale, Colera Asiatico, Peste bubbonica: nessuna denunzia.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red. resp.

ANNO XXXV Roma, 21 Maggio 1928 Fasc. 20

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE DI TECNICA.

OSPEDALE MAGGIORE DI S. GIOVANNI BATTISTA E DELLA CITTÀ DI TORINO.
SEZIONE CHIRURGICA, diretta dal prof. L. BOBBIO.

Semplificazioni alla tecnica della trasfusione di sangue puro col « metodo della siringa » (1)

per il dott. prof. B. QUARELLA, vice-primario on.

La diffusione sempre maggiore della pratica della trasfusione sanguigna, le sue applicazioni di anno in anno più larghe, non tanto nel campo medico quanto, sopratutto, in quello chirurgico, e non solo per il trattamento delle emorragie e degli stati di *shock* ma anche per la preparazione preoperatoria di taluni pazienti, hanno acuito, in questi ultimi tempi, il desiderio di perfezionarne la relativa tecnica così da renderla non solo sicura, ossia al riparo da cause di totale o parziale insuccesso, ma anche rapida, semplice, facile e, per così dire, alla portata di tutti.

Non è qui il caso di parlare degli *esami biologici preventivi*, assolutamente indispensabili prima d'ogni trasfusione, per evitare gli *accidenti gravi* dipendenti da incompatibilità sanguigna.

Più interessante, invece, per l'argomento nostro, ci sembra il rilevare che, accanto a tali *accidenti gravi* conseguenti a fenomeni di emolisi e fors'anche di emoagglutinazione, sono stati spesso osservati, dopo la trasfusione, fenomeni di significato e di entità tutt'affatto diversa, fenomeni che è invalso l'uso di chiamare, alquanto impropriamente, « *accidenti benigni* » secondo alcuni autori o « *incidenti* » secondo altri.

Più adatta ci appare per i medesimi, in rapporto alla loro eziologia, la denominazione proposta da Mino e Garlasco (*Ricerche sperimentali sulla trasfusione di sangue umano nell'uomo*. Archivio per le scienze mediche, 1925) di « *reazioni da alterazioni artificiali* » poichè, infatti, come chiaramente risulta anche dalle accurate ricerche dei citati autori, tali fenomeni altro non sono se non l'espressione di una crisi emoclasica dipendente da quell'insieme di modificazioni che il sangue subisce all'inizio della coagulazione.

Tali reazioni (che, il più spesso, consistono in brividi e accentuate elevazioni termiche, cianosi del volto, cefalea, nausea, vomito, polso molle e frequente) sono per noi veramente interessanti in quanto costituiscono un criterio-indice della bontà o meno del procedimento tecnico impiegato.

(1) Comunicazione fatta alla R. Accademia di Medicina di Torino nella seduta del 27 gennaio 1928.

È noto che l'ostacolo principale che dobbiamo superare in ogni trasfusione è costituito dal pericolo della coagulazione sanguigna e che per evitare o ritardare sufficientemente la medesima, noi abbiamo a disposizione due metodi, ossia:

1) Quello che consiste nell'aggiungere al sangue un anticoagulante chimico (*citrato di sodio, sulfarsenol*, ecc).

2) Quello che consiste nel raccogliere il sangue in un recipiente paraffinato o vaselinato e a reiniettarlo tal quale.

Di questi due metodi noi dobbiamo, già *a priori*, ritenere migliore quello che più sicuramente mette al riparo dall'inizio della coagulazione.

Sotto tal riguardo il metodo che utilizza l'aggiunta di sostanze anticoagulanti e che gode, in realtà, il più largo favore dei pratici, si presenta come molto lontano dalla perfezione poichè tali sostanze, pur mantenendo fluido il sangue, non impediscono affatto l'inizio della coagulazione.

Conseguentemente il relativo metodo di trasfusione dà luogo, in una forte percentuale di casi (fino al 90 % secondo talune statistiche) a reazioni più o meno gravi ma sempre spiacevoli e perciò il medesimo ci sembra assolutamente da scartare come procedimento di elezione, conservando esso tutt'al più qualche eccezionale indicazione in casi d'urgenza e quando, in mancanza d'un adatto strumentario, non sia possibile far meglio.

Lievi reazioni furono per verità osservate qua e là (benchè in proporzioni infinitamente minori) anche colla *trasfusione di sangue puro*: ma l'esperienza non ha tardato a dimostrare che esse erano, nei singoli casi, dovute o a *imperfezioni dell'apparecchio usato* (specialmente per la presenza di tubi di gomma e di rubinetti) o all'*eccessiva quantità di sangue iniettato in un sol tempo* o all'*insufficiente lentezza della trasfusione stessa.*

Concordemente estese statistiche son venute a confermare il fatto che tali reazioni risultano, per frequenza, in rapporto inverso coll'abilità dell'operatore, il perfezionamento della sua tecnica e la lentezza dell'iniezione e in rapporto, invece, diretto colla quantità di sangue trasfuso in una volta.

Il non averle personalmente mai riscontrate in una numerosissima serie di trasfusioni che dal 1925 fino ad oggi abbiamo avuto occasione di eseguire nella sezione chirurgica diretta dal chiarissimo prof. L. Bobbio, ci sembra, d'altro lato, una prova indiretta ma non per questo meno sicura della bontà del procedimento tecnico da noi adottato.

È di quest'ultimo, in special modo, che vogliamo qui brevemente occuparci.

Oltre un anno fa, in un articolo comparso sulla *Minerva medica* (*La trasfusione sanguigna in chirurgia, Indicazioni e tecnica*, 10 maggio 1926) abbiamo dettagliatamente riferita la tecnica fino allora seguita, tecnica che, nelle sue linee generali, corrispondeva a quella descritta da Pauchet e Bécart nella loro monografia sulla trasfusione sanguigna, salvo, tuttavia, talune modificazioni che, a parer nostro, avevano un notevole interesse pratico.

Tra queste modificazioni che l'esperienza ci aveva suggerite nell'intento di rendere la trasfusione veramente semplice e alla portata di tutti, essenziale ci appare ancora oggidì quella che si riferisce alla manovra della siringa del Bécart.

Non avevamo, in realtà, tardato ad accorgerci che l'unico tempo piuttosto delicato, in altri termini il punto debole, nella tecnica della trasfusione coll'apparecchio di Bécart è il primo tempo, quello, cioè, relativo alla replezione della siringa.

Se, infatti, tale replezione si verifica, nella *maggioranza* dei casi, spontaneamente per la pressione stessa del sangue venoso, il fatto disgraziatamente non è del tutto costante.

Avviene, in altre parole, talvolta, che lo stantuffo, durante la sua corsa, a un dato punto si arresti e, in tal caso, l'operatore non sfugge a un legittimo imbarazzo.

Da che dipende, infatti, tale arresto?...

Può darsi che la pressione venosa sia effettivamente insufficiente (in talune circostanze magari per eccesso e, in altre, invece per difetto della costrizione del laccio) a spostare lo stantuffo: ma può anche darsi che il fatto dipenda da altre cause, come, ad es., uno spostamento dell'ago o l'accollamento della parete venosa al suo orifizio oppure il soverchio atrito dello stantuffo contro le pareti della siringa per eccessiva consistenza della miscela di paraffina e vaselina.

Dinanzi a tali dubbii l'operatore è, di regola, indotto a esercitare dolci trazioni sul manico dello stantuffo e per verità, in taluni casi, tutto allora rientra nell'ordine.

Ma se il risultato non è positivo, non resta all'operatore che imprimere lievi movimenti di innalzamento e di rotazione della siringa per modificare la posizione rispettiva dell'ago nel lume vasale o infine, come *ultima ratio*, staccare il becco della siringa dall'ago stesso per accertarsi *de visu* sulle modalità del deflusso sanguigno: manovre queste, come agevolmente

si comprende, tutt'altro che indifferenti sotto il riguardo della semplicità tecnica.

Partendo, frattanto, da tali constatazioni e considerando, d'altronde, che nei procedimenti con ampolle, il primo tempo, ossia la raccolta del sangue, si presenta d'una estrema semplicità (mentre non può dirsi altrettanto del secondo tempo per l'indispensabile impiego della doppia palla del Richardson), noi abbiamo pensato di utilizzare l'apparecchio di Bécart in primo tempo come semplice ampolla riempiendone il manicotto per caduta diretta del sangue dall'alto.

Tale semplicissima e staremmo per dire, banale modificazione nella manovra della siringa del Bécart ci ha dato, dal punto di vista pratico, risultati anche superiori alla nostra aspettativa.

Poichè, in virtù di quel processo di semplificazione che naturalmente avviene in ogni quesito tecnico un po' a lungo studiato, essa ci ha permesso, alla fine, di sostituire la costosa e piuttosto complicata siringa del Bécart con una comune siringa vescicale a tre anelli, opportunamente modificata, di ben più facile e semplice maneggio.

Tra i molti esemplari esistenti in commercio la nostra scelta è caduta sulla siringa da 200 cmc. (tipo Janet) costruita dalla ditta Kirchner e Wilhelm di Stoccarda, in virtù della sua precisa e accurata costruzione, del suo modico prezzo e del fatto di essere completamente smontabile.

L'unica modificazione che si è resa necessaria per il nostro scopo e che facilmente abbiamo potuto far eseguire dalla ditta costruttrice, grazie alla cortesia del suo rappresentante in Torino sig. M. Quario, è quella relativa alla fabbricazione di un secondo disco di chiusura del corpo di pompa, a becco, anzichè centrale, eccentrico e di opportuno calibro interno ed esterno: così che, per chi abbia solo occasione di eseguire estemporaneamente una trasfusione sanguigna, è possibile, col semplice cambio del disco, ottenere da una comune siringa vescicale, un apparecchio perfettamente adatto al nuovo scopo.

L'istrumentario completo (1) comprende, oltre la siringa (fig. 1 e 2) un semplice ago da salasso (*d*) del calibro di 25-30 decimi di millimetro per la vena del donatore nonchè un ago speciale (*b*) e un trequarti (*c*), per la vena del ricevitore, ago e trequarti la cui cannula, una volta applicata al becco della siringa, si prolunga nell'interno del medesimo fino ad affiorare al fondo della siringa stessa.

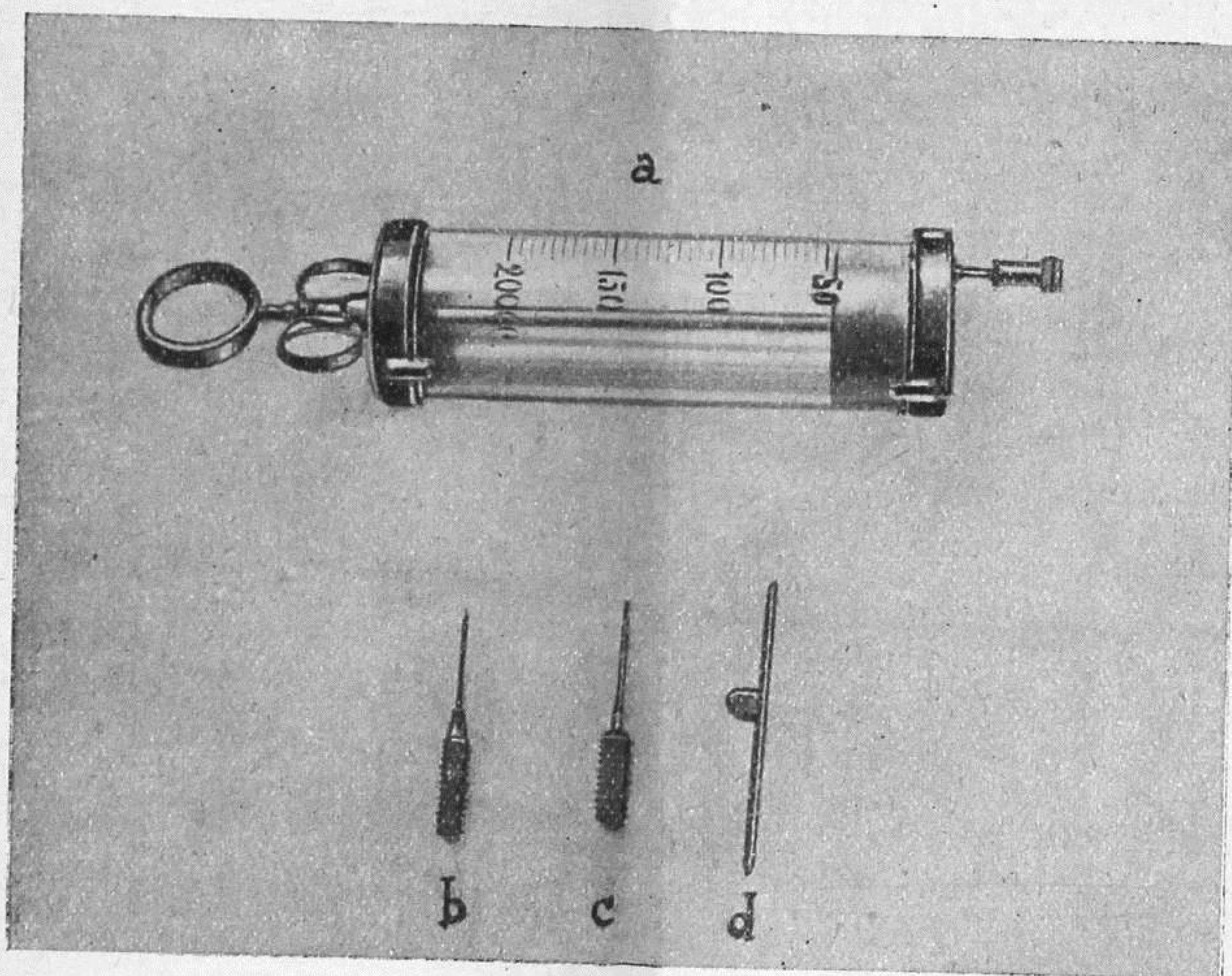


FIG. 1.

La perfetta sterilizzazione dello strumentario può ottenersi con uguale facilità e semplicità tanto per mezzo dell'autoclave che della semplice ebollizione in acqua. Gli aghi e il trequarti possono utilmente conservarsi in una miscela di etere (gr. 80) e paraffina, fusibile a 55° (gr. 1), dalla quale devono essere estratti qualche tempo prima della trasfusione per permettere l'evaporazione dell'etere.

(1) In vendita presso la ditta M. Quario, Via Principe Amedeo n. 22, Torino.

La preparazione per l'uso della siringa, sterilizzata e, naturalmente, smontata nei suoi varii pezzi (v. fig. 2) non richiede più di un minuto.

Con un batuffolo di garza montato su di una pinza si spalma d'un sottile strato di vaselina paraffinata (1) o, in mancanza della medesima, eventualmente anche con semplice vaselina pura sterilizzata, la superficie interna del manicotto della siringa, dello stantuffo e del disco di chiusura.

Se gli aghi non erano precedentemente conservati in etere paraffinato, essi saranno, in tal

2) *Raccolta del sangue.*

3) *Iniezione intravenosa.*

Mentre i due ultimi tempi, per la loro semplicità, non hanno quasi bisogno di descrizione, noi ci soffermeremo soltanto sul primo che è, in realtà, *il più importante* e l'unico un po' delicato, basandoci sopratutto sui dati emersi dalla nostra personale esperienza.

È noto che tale tempo può essere eseguito sia *a cielo scoperto* (ossia previa denudazione della vena) sia *a cielo coperto* (ossia per semplice puntura venosa.

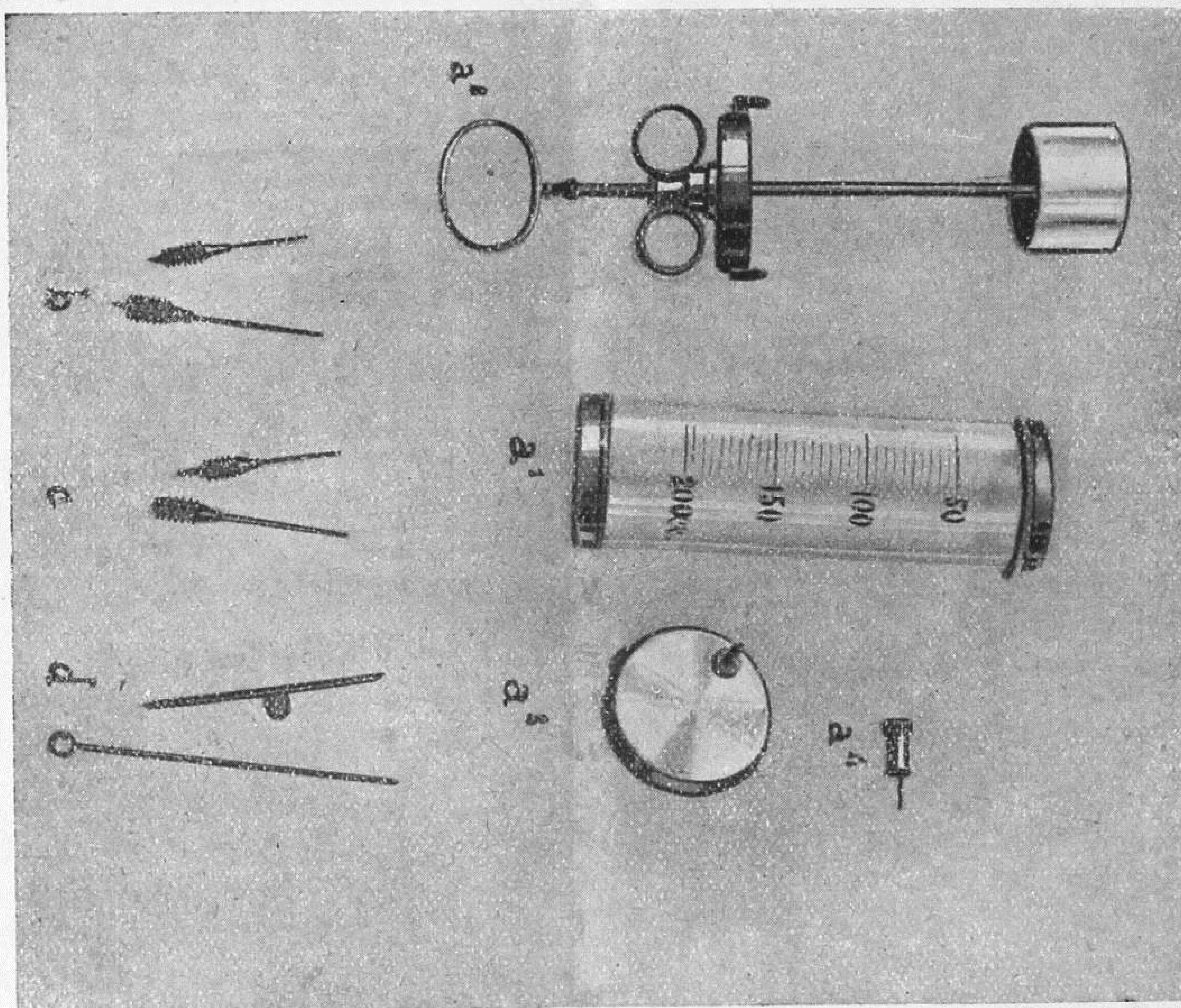


FIG. 2.

momento, abbondantemente lubrificati con olio di vaselina sterile.

Per ciò che riguarda la tecnica vera e propria della trasfusione, rimandando, a scanso di inutili ripetizioni, al precedente nostro lavoro (*Minerva medica*, 10 maggio 1926) per ciò che riguarda le minute questioni di indole generale, ricorderemo che essa comprende i seguenti tre *successivi tempi*:

1) *Introduzione dell'ago (o, meglio, della cannula) nella vena del ricevente.*

Ora a quale delle due modalità va data, in pratica, la preferenza?

Cominciamo intanto col far rilevare che, quantunque fin dal 1916 il Beth-Vincent, adattando speciali aghi al tubo di Kimpton-Brown, sia riuscito a realizzare la trasfusione di sangue puro per semplice puntura venosa, non pochi sono gli autori che, ancora oggidì, si mantengono fedeli al procedimento a cielo scoperto.

Personalmente noi pure, dopo aver per qualche tempo usato, come metodo di elezione, quello della semplice puntura venosa, riservando la denudazione del vaso ai soli casi di vene non visibili nè palpabili, siamo venuti gradualmente adottando, come procedimento corrente (salvo

(1) Tubi di vaselina paraffinata sterile, per trasfusione sanguigna, molto comodi per la pratica sono stati messi in commercio sia dai Laboratori Bruneau di Parigi che dalla Farmacia dell'Ospedale Maggiore di Torino.

casi tutt'affatto particolari) quello a cielo scoperto. E ne diciamo subito le ragioni.

Niun dubbio, per verità, che, con un po' di pratica, la trasfusione di sangue puro sia possibile, nella grande percentuale dei casi, per semplice puntura venosa: e tuttavia tale percentuale si riduce rapidamente quando ci limitiamo a considerare proprio i casi nei quali la trasfusione presenta le indicazioni più urgenti e più assolute (ad es. casi di *emorragie profuse* e *stati di shok*) per l'immancabile grave collasso circolatorio che rende difficilmente reperibili le vene.

Vi sono poi, per così dire, i casi-limite, nei quali il tentativo di penetrare nella vena, poco visibile, a cute integra, riserva, di tanto in tanto, la noia di dover secondariamente isolare il vaso sanguigno in condizioni meno favorevoli.

Se poi si tien conto del fatto (non trascurabile dal punto di vista pratico) che, coll'inevitabile deterioramento della punta degli aghi, la capacità di penetrazione dei medesimi va, di volta in volta, diminuendo, a maggior rischio di insuccessi (a meno che non si abbia la fortuna, come ho visto essere il caso per il servizio di E. Weil a Parigi, di avere un infermiere specializzato che arrota gli aghi ciascuna volta dopo l'uso!) si comprenderà come, di fronte all'insignificante operazione di denudazione d'una vena, noi non esitiamo attualmente a dichiarare che, in tesi generale, il *procedimento a cielo scoperto* è assolutamente preferibile come quello veramente *chirurgico* e come *l'unico* che, in qualsiasi caso, può mettere sicuramente al riparo da insuccessi anche parziali.

Il vantaggio di quest'ultimo sta sopratutto nel fatto di poter sempre introdurre una *cannula* (e non un *ago*) nella vena del ricevente, ciò che elimina il pericolo, nell'ulteriore corso delle manovre tecniche, di ferire secondariamente, per involontarii movimenti dell'apparecchio, la parete del vaso.

Al contrario, nel procedimento a cielo coperto, il tentativo di introdurre direttamente una cannula nella vena (mediante l'uso d'un trequarti o d'un ago-cannula tipo Bécart) non dà in pratica, secondo la nostra esperienza, risultati costantemente soddisfacenti, tanto che, per il detto procedimento, noi preferiamo ancora l'uso di aghi speciali muniti d'un mandrino che, introdotto a fondo, ne sorpassa di poco la punta, aghi che figurano tra gli accessorii della nostra siringa e che possono utilmente servire a quei medici i quali, malgrado tutto, preferiscono mantenersi fedeli alla trasfusione eseguita per semplice puntura venosa.

Poichè, a ogni modo, in alcuni casi almeno permane assoluta la necessità di ricorrere al procedimento a cielo scoperto, noi riteniamo non privo di interesse minutamente descriverne i relativi dettagli tecnici, quali noi da tempo abbiamo adottati con perfetta nostra soddisfazione.

Previa iniezione anestetica sottocutanea di 2-3 cmc., di soluzione di novocaina al 1 % (*senza adrenalina* per evitare l'eventuale contrazione della parete vasale) noi facciamo un'incisione di circa un centimetro e mezzo lungo il decorso della vena scelta e, isolata quest'ultima per un tratto corrispondente, vi passiamo trasversalmente sotto una sonda scanalata.

In seguito passiamo, con un ago, un filo nel modo seguente (v. schema, fig. 3): l'ago attraversa dapprima, verso la metà dell'incisione, il margine cutaneo che sta a destra dell'operatore,

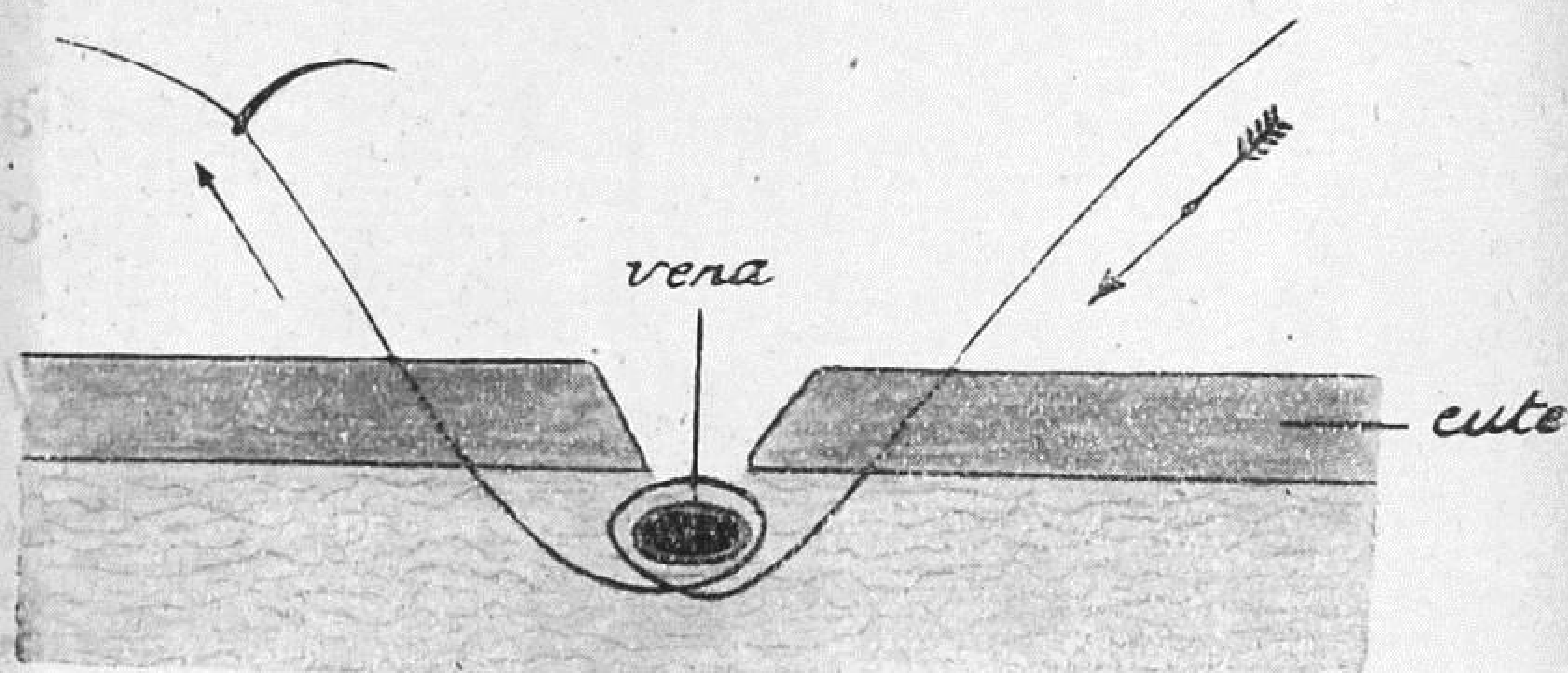


FIG. 3.

dall'esterno all'interno, passa poi (colla cruna in avanti per non ferire il vaso), nel solco della sonda scanalata, al di sotto della vena, indi compie un giro completo attorno alla medesima nel senso delle lancette dell'orologio e ripassa nuovamente, senza trazione alcuna, sotto la vena stessa, per attraversare da ultimo il margine cutaneo sinistro dall'interno all'esterno.

Una pinza emostatica a morsi molto elastici (o meglio ancora una *pinza da vasi*) viene ora applicata sulla vena, all'angolo distale della ferita, per sbarrare la circolazione venosa reflua (v. fig. 4).

Servendosi di tale pinza, afferrata colla mano sinistra, per immobilizzare il vaso, s'introduce, colla mano destra, il trequarti nella vena, pungendo la stessa tra il punto di applicazione della pinza e il giro del filo di seta che è stato lasciato molto lento.

Naturalmente appena la punta del trequarti è penetrata nel lume vasale è la sola cannula che è spinta all'innanzi: dopo di che si annodano i due capi del filo, ottenendosi il risultato di ac-

collare sulla cannula le pareti della vena e su quest'ultima i margini della ferita cutanea.

Si viene così a rendere impossibile ogni deflusso anche minimo di sangue, ai lati della cannula, attraverso l'orificio della puntura venosa, e il piccolo intervento (la cui esecuzione naturalmente richiede assai meno tempo che la sua descrizione) risulta tecnicamente corretto ed elegante e permette di eseguire tutta la trasfusione a campo completamente esangue.

Non resta ora che a passare al *secondo* e *terzo* tempo della trasfusione, che si presentano d'un'estrema semplicità (v. fig. 5 e 6).

Mentre la siringa (naturalmente senza il disco di chiusura) è tenuta verticalmente collo stantuffo completamente abbassato, previa applicazione d'un laccio alla radice dell'arto, si punge, con un ago da salasso (fig. 1, *d*) la vena del

ultimo la pinza sbarrante il circolo venoso refluo: coll'applicazione immediata d'un bendaggio leggermente compressivo si evita ogni perdita anche minima di sangue.

*
* *

Il metodo descritto, che rappresenta il risultato d'una graduale semplificazione tecnica verificatasi attraverso la nostra ormai lunga esperienza in materia di trasfusioni sanguigne, ci sembra indiscutibilmente *il più semplice* e *il più pratico* fra quelli attualmente in uso.

A parte le speciali siringhe a due o tre vie (Unger, Lee, Jubé, Oehlecker) le quali, per note ragioni, non sono assolutamente raccomandabili in pratica, si può dire che, fino a pochi anni or sono, la trasfusione di sangue puro è stata

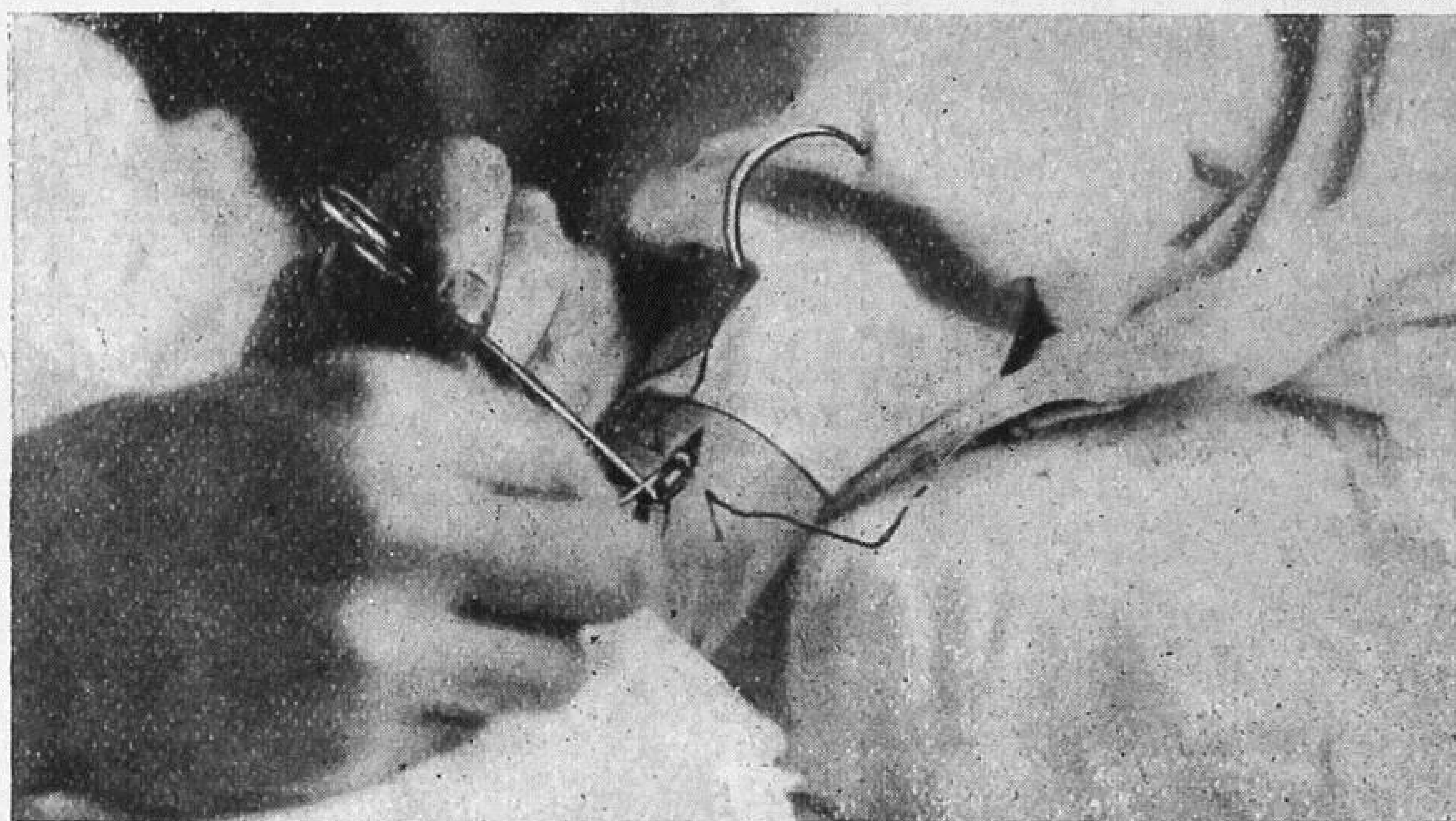


FIG. 4.

donatore alla piega del gomito e si raccoglie il sangue fino a replezione completa del corpo di pompa.

Ritirato ora, d'un colpo secco, l'ago e messo, a gomito iperflesso, un tampone di garza sul piccolo orifizio (tampone che può benissimo essere mantenuto *in situ* dal donatore stesso, finchè un bendaggio leggermente compressivo non ve lo fissi in seguito definitivamente, si applica ora il disco di chiusura alla siringa (ciò che non richiede un tempo superiore a un paio di secondi) e si passa al terzo tempo (fig. 6) ossia all'iniezione intravenosa del sangue, dopo aver tolto naturalmente il mandrino dalla cannula del ricevitore e di aver innestata quest'ultima al becco della siringa stessa.

Finita la trasfusione ed estratta la cannula dalla vena del paziente, dopo aver tagliato al di sotto del nodo e tolto il filo di seta che circondava il vaso, si sutura con due o tre punti staccati la piccola incisione cutanea, levando da

esclusivamente eseguita mediante ampolle preventivamente paraffinate (tubo di Kimpton-Brown, ampolla di Bécart ecc.) secondo procedimenti tecnici che non variano fra loro che per lievi modalità di dettaglio.

È solo nel 1924, in seguito alla presentazione da parte del Pauchet alla R. Accademia di Medicina di Parigi della siringa del Bécart, che noi assistiamo veramente a una apprezzabile semplificazione della tecnica della trasfusione di sangue puro mediante felici innovazioni tra le quali è notevole sopratutto l'adozione della miscela di vaselina paraffinata che permette la preparazione estemporanea dello strumentario per l'uso in modo semplice, pratico e rapidissimo.

Benchè, tuttavia, il *metodo della siringa* abbia, per tali vantaggi, completamente soppiantato in parecchi ospedali e sopratutto in Francia, quello ad ampolle paraffinate precedentemente in uso, noi crediamo che alla sua genera-

lizzazione abbiano sensibilmente nociuto taluni inconvenienti relativi alla manovra della siringa durante il tempo della *raccolta del sangue*, secondo quanto abbiamo precedentemente esposto.

Il metodo da noi proposto e descritto, il quale ovvia sicuramente a tali inconvenienti, presenta, in realtà, a parer nostro, in confronto ai metodi ad ampolle i seguenti notevoli vantaggi:

1) *Facilità della sterilizzazione dello strumentario al completo.*

eventualmente occorrente per la trasfusione sanguigna.

D'altro lato la semplice ebollizione, mentre rappresenta, in parecchie circostanze e per il chirurgo isolato, una preziosa risorsa, si presta ottimamente per la nostra siringa, la quale, essendo completamente smontabile, può venire in seguito prosciugata (com'è necessario) con estrema rapidità mediante un batuffolo di garza montato su di una pinza.

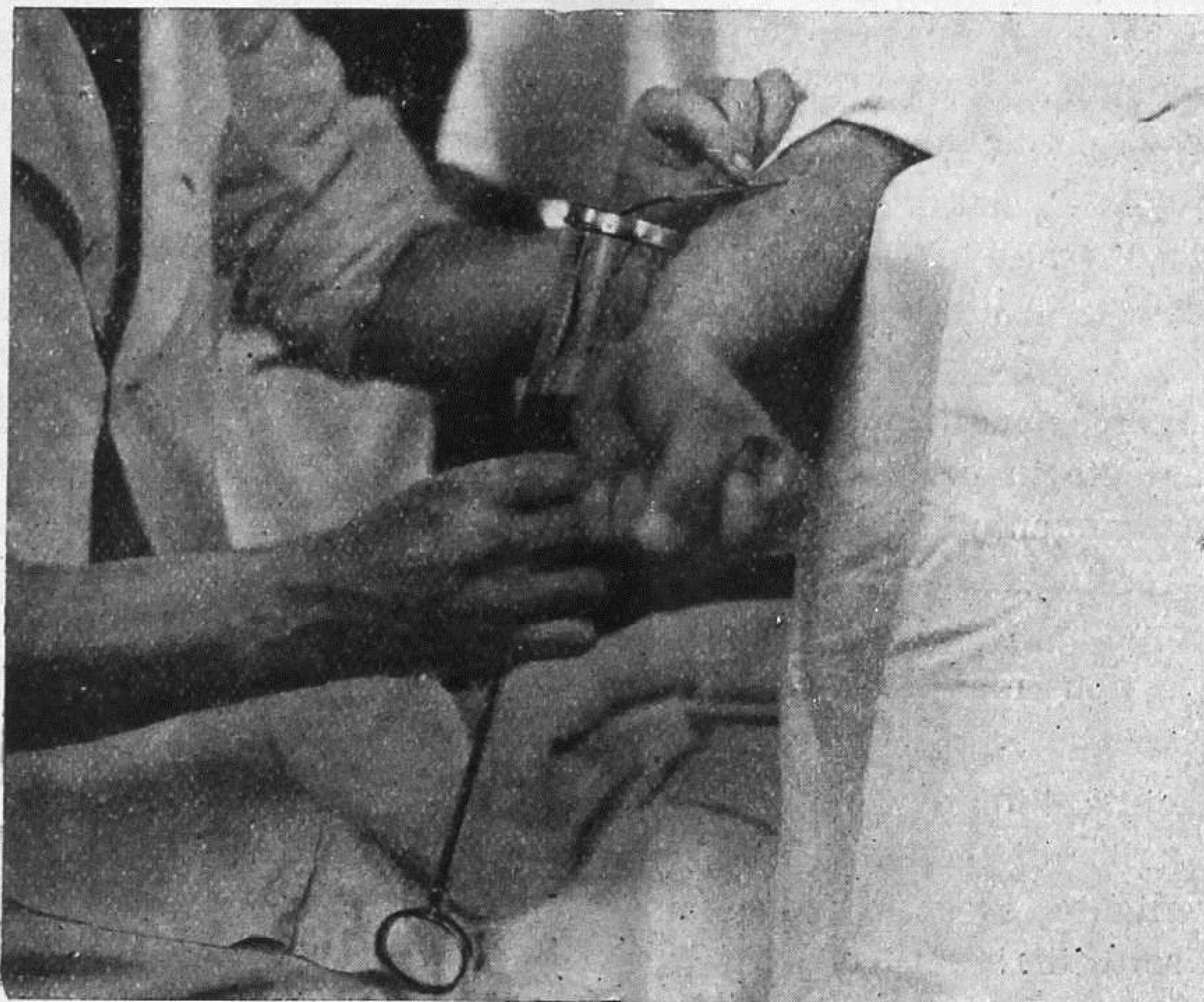


FIG. 5.

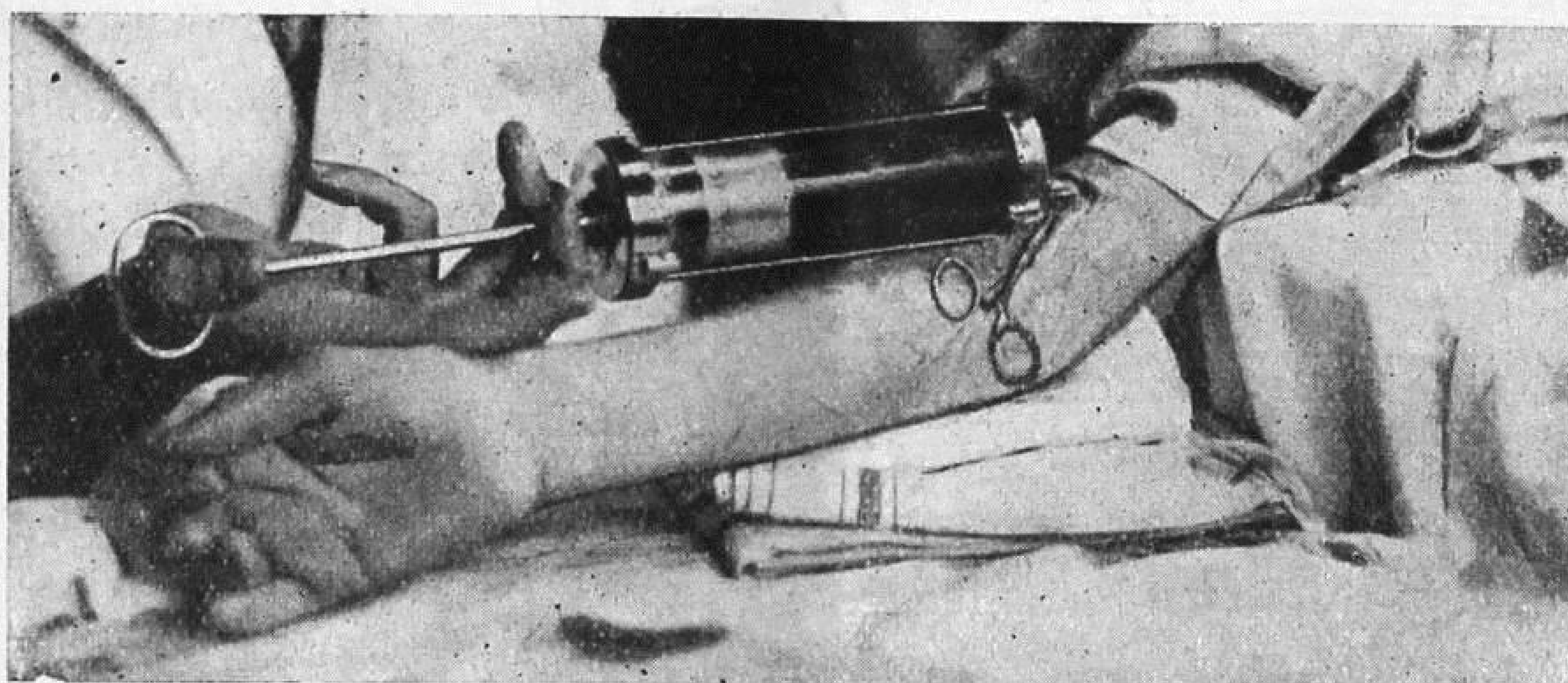


FIG. 6.

Tale sterilizzazione può essere agevolmente e opportunamente ottenuta sia all'autoclave che colla semplice ebollizione in acqua.

Per la sterilizzazione all'autoclave (che ci sembra il procedimento più raccomandabile nella pratica ospedaliera) noi abbiamo fatto costruire una adatta scatola metallica rettangolare di opportune dimensioni (del tipo dei comuni cestelli da sterilizzazione) nella quale la siringa è posta assieme agli strumenti e al materiale

Al contrario la sterilizzazione delle comuni ampolle, a meno che non venga fatta all'autoclave o meglio ancora alla stufa di Pasteur (la quale disgraziatamente non si ha che di rado alla mano) urta contro difficoltà non trascurabili in pratica.

La semplice sterilizzazione diretta alla fiamma, consigliata da qualche autore, su di un becco a gas o ad alcool, a parte il reale pericolo (se eseguita a fondo) di rottura delle ampolle,

è un procedimento troppo grossolano e imperfetto per soddisfare qualsiasi chirurgo coscienzioso: nè vale certo a tranquillizzarci l'asserita innocuità dell'introduzione di pochi germi, vivi e vitali, nel torrente circolatorio (per il noto potere battericida del sangue) quando per di più si tenga presente l'eventualità, non mai sicuramente escludibile, di dovere, nel corso della trasfusione, procedere alla denudazione cruenta della vena.

L'ebollizione delle ampolle nella paraffina (usata da altri autori) è bensì un procedimento sicuro ma alquanto complicato e tutt'altro che comodo, in quanto che, perdendo la paraffina, in seguito all'ebollizione, le sue proprietà anticoagulanti, essa deve in seguito venir sostituita con altra paraffina fusa e sterilizzata a temperatura minore.

Infine anche la semplice ebollizione in acqua offre qualche inconveniente in pratica per l'ulteriore necessario prosciugamento del vetro nella sua faccia interna, prosciugamento che, per la forma stessa delle ampolle, è talvolta impossibile e, a ogni modo, non mai completamente agevole.

Nè va da ultimo taciuta l'impossibilità di sterilizzare la doppia palla di gomma, ciò che costituisce un inconveniente o, per lo meno, una noiosa complicazione sotto il riguardo dell'asepsi.

2) *Semplicità di preparazione dello strumentario per l'uso.*

Ciò è possibile, per la nostra siringa, grazie all'uso della miscela di vaselina e paraffina (o, in mancanza della medesima, anche della semplice vaselina pura sterilizzata) la quale, mediante un tampone di garza montato su di una pinza, può essere, in meno di un minuto, spalmata sulla faccia interna del corpo di pompa, dello stantuffo e del disco di chiusura.

All'incontro per paraffinare completamente le ampolle è necessario dapprima scaldarle leggermente alla fiamma, quindi far fondere (preferibilmente a bagno maria) la paraffina o meglio ancora una miscela di paraffina, stearina e vaselina e versarvela dentro, ruotando in seguito continuamente l'ampolla, sorvegliando ancora che la paraffina liquida ne bagni ogni parte (manovra questa che, specialmente per il lungo tubo di Kimpton-Brown richiede un certo tirocinio per essere correttamente eseguita) per attendere infine, col raffreddamento, che la paraffina si solidifichi.

3) *Massima praticità nella manovra della siringa,* manovra che, per ciò appunto (contrariamente a quanto avviene per il metodo ad ampolle), può essere eventualmente eseguita da un individuo isolato e senza bisogno di alcun aiuto.

Che la siringa a tre anelli (manovrabile con una sola mano) sia, in realtà, lo strumento più pratico per una iniezione endovenosa ci pare cosa dimostrata e fuori discussione: e basterebbe del resto a confermarla il fatto che, anche per la trasfusione di sangue citratato, fra l'innumerevole serie di tecniche più o meno complicate, quella che ha guadagnato il maggior favore è stata la più semplice, ossia quella di P. E. Weil, basata appunto sull'uso di due siringhe a tre anelli di 100 cmc. cadauna, alternativamente manovrate.

D'altronde, a dimostrazione anche maggiore della praticità del nostro semplicissimo strumentario, non mancheremo di rilevare che, anche nell'eventuale mancanza degli speciali aghi o cannule per il ricevente, la trasfusione sanguigna è ancora, di solito, agevolmente eseguibile per introduzione diretta del becco della siringa nella vena del paziente denudata e parzialmente aperta con un colpo di piccola forbice curva, come personalmente, a titolo di esperimento, abbiamo avuto occasione di verificare in taluni casi.

E ci sia, da ultimo, permesso di far rilevare che, in rapporto appunto alla sua semplicità, il nostro strumentario è, dal punto di vista economico, il più vantaggioso.

Di fronte agli accennati vantaggi del metodo della siringa, in virtù sovratutto della semplificazione tecnica da noi attuata, potrebbe forse considerare qualche autore (erroneamente a parer nostro) quale pregio del *metodo ad ampolla,* la possibilità di iniettare, *in una sol volta,* un maggior quantitativo di sangue.

Cominciamo, intanto, col far rilevare che la raccolta in un unico recipiente, sia pure paraffinato, di 500-600 cmc. di sangue e la sua consecutiva iniezione nel paziente, a meno che non venga eseguita con relativa rapidità (ciò che tuttavia rappresenta un inconveniente non trascurabile!) per via cruenta mediante introduzione diretta del becco dell'ampolla, dapprima nella vena del donatore e poi in quella del ricevitore (com'è ancora oggidì in uso presso talune cliniche americane), può esporre, con relativa facilità, a fenomeni di coagulazione, se non avanzati e tali da compromettere l'esecuzione stessa della trasfusione, almeno iniziali ma sufficienti a produrre nel paziente reazioni più o meno spiacevoli (come risulta, fra l'altro, dalle lunghe e pazienti ricerche di Pauchet e Bécart).

È per tale considerazione che, da noi, il Dogliotti, volendo normalmente procedere, sia nel donatore che nel ricevente, per semplice puntura venosa, ha, molto opportunamente, rilevata la necessità (malgrado l'inevitabile conseguente maggiore complicazione tecnica) di raccogliere il sangue in quantitativi frazionati mediante il suo strumentario cosidetto « *a tubi paraffinati multipli* » (*Minevra medica*, 11 ottobre 1927).

Tuttavia, a parte il fatto che una tecnica consimile sarebbe perfettamente applicabile al nostro strumentario, non solo mediante l'uso di due siringhe (analogamente a quanto fa il Weil per il sangue citratato) ma anche (come abbiamo avuto occasione di controllare personalmente) con una siringa sola, ripetutamente riempita (data l'estrema rapidità colla quale la medesima può essere nuovamente spalmata di vaselina), noi sconsigliamo, in linea generale, un tale procedimento in quanto riteniamo, colla maggior parte dei moderni autori, che sia assolutamente preferibile in pratica la cosidetta *tecnica delle dosi frazionate* (ossia delle trasfusioni medie di 150-200 cmc., da ripetersi, in caso di necessità, a intervalli più o meno ravvicinati) all'iniezione massiva di 500-600 cmc. di sangue.

Tale iniezione massiva di forti quantitativi di sangue, in un tempo di necessità relativamente breve, può, infatti e, ciò che è più grave, sopratutto nei casi in cui sembrerebbe maggiormente indicata, come in quelli di gravi emorragie e di shock, condurre al sovraccarico del cuore destro e alla conseguente sua dilatazione acuta.

I pochi casi, presenti nella letteratura, di morte subitanea per tale causa (Widal, Pauchet) sono sufficienti a dimostrare chiaramente la realtà d'un tale pericolo; pericolo, d'altronde, già da tempo ben noto per le fleboclisi abbondanti (v. Bier, Braum, Kümmel, *Chirurgische Operationslehre*, III Aufl., B. I. S. 111).

Notiamo qui incidentalmente che i sintomi della dilatazione acuta del cuore possono indurre in errore.

La debolezza progressiva del polso e la difficoltà sempre maggiore del respiro possono disgraziatamente essere interpretate come segni di una circolazione di mano in mano più difettosa e se tale errore è commesso il disastro è pressochè fatale...

È vero che precisamente a proposito delle trasfusioni sanguigne troppo abbondanti o troppo rapidamente eseguite, è stato consigliato da qualche autore, quale mezzo diagnostico differenziale tra la dilatazione acuta del cuore e il collasso anemico, di praticare, sia prima che durante tutto il tempo dell'iniezione, la percussione dell'area cardiaca delimitante il cuor destro: ma non può sfuggire ad alcuno che tutto ciò non è precisamente nè semplice nè pratico...

Viceversa, adottando la tecnica, che noi vivamente consigliamo, delle dosi frazionate di 150-200 cmc. di sangue, da iniettarsi molto lentamente e da ripetersi eventualmente quante volte è necessario, tecnica che ha anche il vantaggio non trascurabile di non arrecare alcun nocumento a un donatore normale (ciò che coscienziosamente non può dirsi per i copiosi salassi di 500 e più cmc. di sangue!) noi ci mettiamo sicuramente al riparo da simili pericolosi incidenti.

Seguendo appunto tali norme e applicando il procedimento tecnico da noi proposto, procedimento che mai, neppure parzialmente, ci ha fallito, che non richiede tirocinio alcuno e che è veramente semplice, sicuro e, in ogni dettaglio, chirurgicamente corretto, noi, che riteniamo con legittima soddisfazione di essere stati per lo meno tra i primi a introdurre su larga scala in Italia la pratica della trasfusione di sangue puro nel campo medico-chirurgico (1), nutriamo ora speranza di poter modestamente e sia pure in piccola parte contribuire alla diffusione sempre maggiore di tale prezioso e talvolta veramente eroico sussidio della terapia moderna.

---

(1) Vedi la nostra comunicazione alla R. Accademia di Medicina di Torino in data 5 marzo 1926.

COMMENTI.

A proposito della simpatectomia chimica perivasale.

Il dott. G. Zucchi ha ricordato nel n. 17 del *Policlinico*, Sez. prat., il metodo di Doppler, che ha proposto e eseguito la distruzione delle fibre simpatiche perivasali con mezzi chimici. Le esperienze di Doppler non sono recenti, risalgono ormai al 1925 e furono praticate appunto sui vasa deferentia.

Nel 1926, essendo ancora aiuto v. della R. Clinica Chirurgica diretta dal prof. Alessandri in Roma, feci eseguire al dott. Renato Cieri, quale tesi di laurea, degli opportuni esperimenti su animali di laboratorio e su cani controllati dai relativi reperti istologici anche a lunga scadenza. Di poi ho pubblicato un ulteriore contributo personale sperimentale e clinico sullo stesso argomento.

Ancora Pavone Junior e io stesso, abbiamo, credo per i primi, indipendentemente l'uno dall'altro, adoperato sperimentalmente la simpatectomia chimica sul peduncolo renale, e in queste condizioni, studiata la funzione.

Orbene, io mi permetto di far rilevare all'egregio collega Zucchi, come l'azione delle varie soluzioni di acido fenico proposte per agire sul simpatico, sia veramente *distruttiva*, per certo di durata non breve e effimera, se pur si possa pensare a una possibile rigenerazione. Gli effetti anche lontani sono al tutto paragonabili all'isolamento e strappamento del simpatico chirurgicamente proposto da Leriche. La simpatectomia chimica è a mio modo di vedere, non certo paragonabile nei suoi risultati anatomici e forse nei suoi effetti, all'azione transitoria se pure intensa, anche di prolungate applicazioni di alta frequenza.

Questo mi pare di essere autorizzato a concludere, finchè da una parte vi sia stato il controllo sperimentale e istologico, mentre dall'altra non vi sono se non delle sperienze cliniche, che per quanto ben attentamente vagliate, non sembra possano permettere di inferirne delle conclusioni a confronto di altri metodi che hanno avuto il conforto ormai di opportuni cimenti e della osservazione clinica in mano a molti autori.

Roma, 2 maggio 1928.

Prof. AUGUSTO CASSUTO.

IGIENE.

La lotta contro le mosche.

Rileviamo con piacere che la lotta contro questo insetto quanto mai noioso e pericoloso è entrata, anche dai noi, in una fase di attività, consona al risveglio delle abitudini igieniche ed alle maggiori esigenze di pulizia, che vanno diffondendosi fra le masse. Anche i pubblici poteri si interessano di questa lotta e la Direzione Generale di Sanità, in una circolare ai Prefetti del 19 luglio 1927, ha fatto presente la necessità di procedere nel modo più efficace a tale lotta, sia diretta (contro l'insetto perfetto e le sue larve), sia indiretta, nel senso di eliminare il sudiciume che attira e fornisce il *pabulum vitae* alla mosca.

La stessa Direzione di Sanità ha recentemente emanato delle « Istruzioni popolari » di difesa contro questo insetto, nelle quali fornisce notizie sulla morfologia e biologia e sulle abitudini delle mosche, mostrando come esse possano diffondere le infezioni ed indicando i criteri generali ed i mezzi speciali di lotta.

Anche l'Associazione italiana fascista per l'Igiene (come già fece per le malattie veneree, la tubercolosi, ecc.) ha pubblicato delle « Istruzioni popolari », dando nozioni semplici sulla biologia e sulle abitudini della mosca, sul modo di combatterla, di catturarla e di ucciderla.

Segnaliamo inoltre la pregevole pubblicazione del Ministero dell'Economia nazionale (Stazione di Entomologia agraria di Firenze) e ricordiamo che le Ferrovie di Stato, già dal 1924, in una circolare, dettavano le norme di difesa contro le mosche, specialmente nei ristoranti della rete.

Il Governo nazionale ha in proposito emanato una legge, autorizzando il Ministero dell'Interno a dare norme obbligatorie per la lotta contro le mosche nei vari stadi di sviluppo, sicchè vedremo fra breve attuata tale lotta con i consigli e le prescrizioni della stessa Direzione Generale di Sanità, in base agli studi sistematici, che ora vi si stanno compiendo.

Dimostrare la necessità di difenderci da questi insetti ci sembra superfluo. Basta pensare che essi si posano su ogni sorta di materie immonde (deiezioni, sputi, sostanze in decomposizione) e poi imbrattano i nostri alimenti, le bevande ed il nostro stesso corpo (chi non ha presente il viso di piccoli bambini, in campagna, letteralmente coperto da mosche?), sia per contatto diretto, sia con le deiezioni od il rigurgito. Si comprende quindi che esse possano così trasportare i germi di malattie, fra cui principalmente la tifoide (non a torto è stato proposto di cambiare il nome di mosca domestica — *house fly*

— in quello di mosca della tifoide — *typhoid fly* —), delle dissenterie, del carbonchio, di oftalmie, forse della poliomielite, ecc.

La maggiore difficoltà della lotta contro le mosche (si parla in linea generale della *musca domestica*, che rappresenta il 97-98 % delle mosche delle case) sta nella sua straordinaria prolificità. Sono stati fatti dei calcoli per dimostrare come da una sola mosca, che in quattro mesi deposita quattro mucchietti di 120 uova l'uno, si arriva a numeri sbalorditivi di oltre 20 cifre; bisognerebbe però prima dimostrare che una mosca può vivere per quattro mesi. Fortunatamente, ad ogni modo, la mosca ha molte cause di morte naturale (all'età di 11 giorni, la mortalità normale è del 20-25 %), nonchè molti nemici, fra cui il Del Guercio, della Stazione di Entomologia agraria di Firenze, segnala particolarmente uno Streptococcus ed un Entomococcus e ritiene che su questi si potrà forse contare nell'avvenire per la sterminazione delle mosche.

Attualmente, però, dobbiamo fare assegnamento su mezzi diretti di distruzione. Sono da citarsi, fra questi, le carte moschicide, preparate spalmando su fogli di carta una miscela fatta a caldo con 100 parti di colofonia e 50-60 di olio (di olivo o di semi); ve ne sono anche in commercio di quelle preparate a base di arsenico, che, in linea generale, non sono da consigliarsi.

Vi sono inoltre delle macchinette, costituite da un movimento di orologeria, che mette in moto un nastro di tela senza fine che viene bagnato con acqua zuccherata; su di esso si posano le mosche, che vengono così trasportate in una gabbietta, dove si tiene della polvere insetticida, che le uccide.

Si è anche consigliato di addestrare i ragazzi alla cattura delle mosche, usando speciali racchette; in qualche località si erano anche stabiliti dei premi per gli scolari che ne riportavano un maggior numero, ma si è veduto che alcuni, più furbi ed industriosi, si erano dedicati all'allevamento delle mosche stesse e potevano così, con minor fatica ottenere il premio.

Questi mezzi, però, hanno un'efficacia molto limitata ed alcuni, anche, come le carte moschicide possono essere un po' ripugnanti. Meglio è quindi ricorrere all'uso di sostanze tossiche, fra cui sono da menzionarsi le seguenti:

1) le polveri insetticide, costituite dai capolini del *Chrysanthemum cinerariaefolium*, crisantemo di Dalmazia, o piretro. Vi sono però in commercio delle qualità inattive o quasi, perchè mescolate con altre parti della pianta stessa o con altre sostanze inerti. Da ricerche comparative fatte da chi scrive, risulta che una buona polvere insetticida deve determinare in 20-30 secondi il tramortimento o fenomeni convulsivi della mosca che deve rimanere uccisa in circa 60 secondi. Le buone polveri insetticide devono contenere non più del 9 % di ceneri e non meno del 7 % di grasso. La polvere insetticida si sparge con adatti soffietti (di gomma o di cartone) ed ha però gli inconvenienti di determinare starnuti in chi la usa e di spargere dovunque della polvere. Essa può anche essere usata abbruciandola (5 grammi per mc. di ambiente), ma lascia nell'ambiente stesso un odore acre e disgustoso;

2) il petrolio. È utile nel trattamento dei pozzi neri o di depositi di immondizie da cui sciamano le mosche. Essenzialmente a base di petroli è composto il « Flit », che si sparge negli ambienti con adatto spruzzatore;

3) il cresolo, che si brucia nell'ambiente, in quantità di 5 grammi per mc.; anche questo lascia un odore sgradevole e non può usarsi in ambienti perennemente abitati;

4) preparati a base di aldeidi. Molto usata è una miscela di 15 cmc. di formalina del commercio con 65 di acqua zuccherata e 25 di latte. Se ne mette un poco su piatti o su pezzi di carta esposti nell'ambiente. Vi sono anche prodotti commerciali che rientrano in questa categoria.

In generale questi preparati hanno una certa efficacia. Phelps e Stevenson (1) hanno anzi trovato che la miscela di formalina con acqua e latte è superiore a molti altri mezzi moschicidi. Ma l'efficacia varia e si perde rapidamente trattandosi di prodotti volatili, sicchè il Ronzani osserva (2) che pur avendo ottenuto qualche risultato, non ha potuto con nessuno dei mezzi sopra elencati, sopprimere le mosche o diminuirne fortemente il numero;

5) preparati a base di arsenico. Fra questi si è imposta la mistura Berlese (che viene spacciata in commercio sotto vari nomi), la quale riunisce le proprietà necessarie di stabilità, di igroscopicità, di non volatilità e di velenosità ed è anche molto appetita dalle mosche. Essa è stata ideata dal prof. Antonio Berlese, un grande nostro entomologo morto lo scorso anno e che ha anche altre notevoli benemerenze nella lotta contro gli insetti nocivi. La miscela è composta con 5 parti di arsenito di sodio o di potassio, di 10 parti di latte e 100 di melassa degli zuccherifici. È importante non usare il miele che, venendo molto appetito dalle api, le intossicherebbe.

Tale miscela si diluisce al 20 % irrorandola poi su fastelli di ramaglie o su felci da campo (che si appendono poi nell'ambiente od in prossimità di esso) o sui depositi di immondizie. La si usa

(1) *Experimental Studies with Muscicides and other Fly-Destroying Agencies.* U. S. Public Health Service, Bull. N. 108.

(2) *La distruzione delle mosche negli ospedali.* L'Ospedale Maggiore, 1924, 31 ottobre.

anche al 10 %, irrorandola su piante vive a foglia resistente (Evonimo, leccio, bosso, magnolia, edera), che sono usate per la consueta decorazione degli appartamenti. Per i preparati del commercio, le proporzioni possono essere diverse ed indicate volta a volta.

L'irrorazione si ripete ogni 5-10 giorni. La morte della mosca avviene dopo 1-3 ore e per lo più, tenuto conto di questo tempo intercedente, si verifica lontano dall'ambiente dove la mosca ha succhiato il veleno.

Con questo metodo si sono ottenuti dei brillanti risultati, fra cui citiamo quelli di Santagostino e Ronzani (loco citato) per gli ospedali di Milano, quelli di G. Parenti, che ha bonificato in tal modo l'abitato di Bagni di Montecatini su una superficie di 4 kmq., con 1500 alberghi, pensioni, case private, macellerie, ecc., ed oltre un centinaio di stalle.

Una delle obbiezioni che si fanno a questo metodo è quella della tossicità. Anzitutto è da escludere che le mosche così uccise siano velenose per gli animali da cortile; delle galline alimentate con diecine di tali mosche non ne hanno risentito il minimo danno. È evidente che la miscela non va lasciata abbandonata a disposizione di animali o magari di bambini che, bevendola se ne intossicherebbero. Ma, ormai, da tempo siamo abituati al maneggio dei tossici; basti rammentare, fra gli altri, l'arseniato di piombo, che si trova nelle stesse case dei contadini in regioni frutticole. Può anche darsi che, col diffondersi dell'uso della mistura Berlese, si abbiano a verificare dei casi di intossicazione, come si sono avuti casi di morte in bambini che hanno ingerito delle pastiglie del chinino dello Stato, casi che non hanno affatto ostacolato la larga diffusione del benefico farmaco.

Beninteso, la lotta contro le mosche non deve riassumersi nell'uccisione di essa allo stato adulto, ma deve soprattutto mirare ad impedirne la moltiplicazione. E questo si potrà ottenere soltanto con la scrupolosa pulizia, con l'accurato allontanamento dei materiali di rifiuto, con l'assetto igienico delle stalle, delle concimaie, latrine e simili. Nelle case, alberghi, ecc., si dovranno sempre tenere le sostanze alimentari al riparo da questi insetti e chiudere ermeticamente i recipienti con le immondizie domestiche.

Come giustamente osservano le Istruzioni pubblicate dall'Associazione per l'Igiene, le mosche, pure essendo tanto dannose, hanno però una benemerenza davanti all'igiene, quella cioè di denunciare le condizioni per cui l'igiene deve impensierirsi, di avvertire un pericolo evitabile, che noi possiamo sfuggire, dando ascolto ai consigli della Scienza.

A. FILIPPINI.

LEZIONI.

Il valore clinico del dolore.

(J. A. RYLE. *British Medical Journal*, 31 marzo 1928).

Il dolore è il sintoma morboso più frequente e spesso più pressante. Quando sia giustamente apprezzato rappresenta il fenomeno sensitivo più importante come guida alla diagnosi.

Dobbiamo confessare che poco conosciamo sulla sua natura e sul suo meccanismo e quindi sul suo significato pratico. Si tratta di un fenomeno che sfugge alla nostra percezione diretta, di un fenomeno imponderabile ed è perciò che il suo valore semeiologico non è sempre convenientemente apprezzato, e la medicina moderna tende ad introdurre in pratica metodi obbiettivi per lo studio delle malattie. Oggi hanno gran voga gli esami radiografici, l'elettrocardiogramma, gli esami ematologici, le varie prove della funzionalità gastrica, epatica, pancreatica, renale, la broncoscopia, la puntura lombare, le operazioni esplorative, ma bisogna convenire che tutti questi mezzi d'indagine hanno valore principalmente per confermare o escludere l'esistenza d'un'affezione organica precedentemente stabilita, per meglio precisare il giudizio clinico, per differenziare una lesione organica dall'altra, per decidere pro o contro un intervento chirurgico.

Ma il loro apporto alla diagnosi precoce ed allo studio dei disordini funzionali è scarso, ed è evidente che possono trovare impiego solo dopo che certi sintomi ne hanno indicata l'utilità.

Il dolore è nella grande maggioranza dei casi il primo fenomeno della malattia, il campanello d'allarme che squilla quando si sviluppa il processo morboso.

Il dolore viscerale è quello che più interessa il medico pratico.

La insensibilità ai comuni stimoli tattili, termici e chimici del rivestimento sieroso e mucoso degli organi cavi è stata stabilita in vari modi. Mackenzie fu il primo sostenitore di un vero dolore viscerale, e che il dolore nelle affezioni degli organi interni è riferito ai tessuti innervati dallo stesso segmento midollare che è in relazione con l'organo leso. Successivamente egli modificò questa sua opinione affermando che il dolore viscerale non è prodotto da stimoli diretti, ma dall'abnorme aumento di tensione degli elementi muscolari della parete dei visceri.

Questa concezione si adatta a spiegare tutte le forme di dolore viscerale di vario carattere

ed in diverse circostanze, come il dolore del parto, dell'ulcera gastrica, della calcolosi renale, dell'angina pectoris.

Le leggi del dolore viscerale possono così riassumersi:

1) Il dolore viscerale ha la sua origine ed è dovuto ad un abnorme aumento della tensione dell'elemento muscolare della parete dell'organo, risultante: *a*) dalla contrazione del muscolo o *b*) dalla mancanza di rilasciamento di fronte all'aumento della pressione endoviscerale. (Esempi: *a*) spasmo tonico del colon; *b*) dolore vescicale nella prima fase della ritenzione prima che le fibre muscolari siano divenute iperdistese).

2) I fattori che attutiscono il dolore viscerale sono quelli che riducono la pressione intraviscerale o che favoriscono il rilasciamento muscolare (Esempî: l'alleviamento del dolore in seguito all'improvvisa perforazione dell'appendice malata; l'emissione di un calcolo; l'ingestione di alimento nell'ulcera duodenale; la somministrazione di nitrito d'amile nell'angina pectoris).

3) L'intensità del dolore è inversamente proporzionale alla normale distensibilità del viscere (Così il dolore è più intenso nelle affezioni dei condotti di piccolo calibro e di scarsa distensibilità, come l'uretere, il dotto biliare, le arterie; ed è più sopportabile nelle affezioni di organi con più ampia cavità, di maggiore distensibilità, come lo stomaco e la vescica).

4) Il dolore viscerale quando è isolato o facilmente dissociabile da altri dolori concomitanti dei tessuti somatici o di altri visceri, può essere facilmente localizzato dal paziente, e la localizzazione non corrisponde alla distribuzione segmentaria dei nervi, ma alla superficie dell'organo. (Esempî: localizzazione lombare del dolore renale, sternale, di quello cardio-aortico; e l'esatta localizzazione del punto di occlusione dell'esofago o del colon).

5) Il dolore viscerale, avendo la sua origine nei muscoli, è in rapporto con l'attività funzionale dell'organo leso. (Così il pasto aggrava e il digiuno allevia il dolore dell'ulcera gastrica, gli sforzi e il riposo aggravano o alleviano rispettivamente il dolore endo-vascolare, così come i dolori dei muscoli scheletrici sono destati o alleviati rispettivamente dalla loro contrazione o dal loro rilasciamento).

6) Si può avere dolore, o anche la semplice iperestesia, nelle gravi crisi viscerali di origine meccanica e nelle lesioni infiammatorie o ulcerative delle pareti viscerali e più particolarmente della parte che circonda lo strato muscolare. (Esempî: il dolore al braccio nell'angina pectoris ed il dolore testicolare nella colica uretérica; l'iperestesia cutanea nell'ulcera gastrica e nell'appendicite).

7) Il dolore, o l'iperestesia, somatico persistente all'infuori delle crisi di dolore viscerale è l'indice di lesioni infiammatorie del viscere. (Esempio: il dolore e l'iperestesia scapolare o interscapolare nella colecistite cronica).

8) Viceversa l'assenza di iperestesie e dolori somatici si ha di regola nei dolori viscerali dipendenti da disordini funzionali o lesioni occlusive negli organi più distensibili. (Esempî: spasmo cronico del colon, tumore del piloro e del colon).

I fenomeni sensitivi riferiti richiedono per la loro produzione speciali circostanze (ad es. l'intensità e la persistenza di processi infiammatori) sono perciò meno frequenti, ed hanno minore valore diagnostico. Conviene perciò portare maggiore attenzione sui dolori viscerali diretti.

Il dolore ha qualità differenti nelle varie malattie dei varî organi, e l'accertamento di tali qualità costituisce un valido ausilio per la diagnosi. Purtroppo queste qualità non sono facilmente determinabili, e quel che più conta si deve fare al riguardo assegnamento sulle dichiarazioni del paziente, che non sempre sa o è in grado di analizzare le proprie sensazioni ed ancor meno sa esprimersi con esattezza e proprietà.

Nell'analisi del dolore si deve accertare: 1) *il carattere;* 2) *la intensità;* 3) *la situazione;* 4) *la diffusione;* 5) *i riferimenti;* 6) *la durata;* 7) *la frequenza;* 8) *il tempo della sua comparsa;* 9) *i fattori di aggravamento e di alleviamento.*

Per quel che riguarda il *carattere* del dolore è a notare che non sempre si può oggettivare propriamente in mancanza di sicuri termini di analogia: si può dire che le varie lesioni dei varî organi dànno sensazioni peculiari indefinibili e inesprimibili. Il dolore dell'ulcera gastrica è rovente, mordente, è presso che continuo nel senso che non è accessionale nè intermittente. Nella gastrite irritativa acuta è invece peristaltico ed intermittente. Nella dispepsia da colelitiasi è lacerante. Il dolore dell'angina pectoris è angosciante, viene spesso indicato come la stretta di una morsa, un'oppressione squassante, e simili. I dolori delle coliche epatica e renale nella loro massima intensità sono devastanti, sono quasi sempre continui e progressivi: s'iniziano con una dolenzia sorda e diventano a mano a mano intollerabili. Il dolore dell'enterite o delle piccole occlusioni intestinali sono veramente colici, ritmici, intermittenti, acuti. I dolori urenti raramente sono l'indice di gravi affezioni viscerali. L'esempio più comune è costituito dal così detto bruciore di stomaco, un senso di scottatura retrosternale quasi « chimica ». Le sensazioni diffuse

di bruciore addominale si riscontrano sopra tutto nelle persone depresse ed emotive.

L'apprezzamento dell'intensità del dolore è molto difficile. Innanzi tutto è bene precisare se si tratta solo di malessere, di sensazione molesta o di vero dolore, che è quasi sempre indice di affezione organica. Si è convenuti di considerare gravi quei dolori che sono eguali o più intensi di quelli del parto o che abbiano precedentemente richiesta un'iniezione sedativa. Altri criteri di valutazione sono: l'influenza sulle abitudini e sul lavoro ordinario, sul sonno, sul carattere, il bisogno di ricorrere al riposo al letto, ai medicamenti sedativi. Tuttavia nell'apprezzamento di questi elementi bisogna fare le opportune tare dovute al temperamento individuale o altri fattori capaci di abbassare la soglia del dolore.

La situazione e la localizzazione del dolore si può determinare dall'attitudine del paziente specie durante le crisi. Il dolore dell'ulcera è ordinariamente indicato dal paziente con un gesto tipico: l'applicazione della punta di un dito nel mezzo della regione epigastrica; quello della dispepsia funzionale con il passaggio del palmo della mano sull'epigastrio. Il punto di arresto di un calcolo ureterico è spesso indicato con un dito. Nello spasmo cronico del colon talvolta i soggetti, pur essendo ignoranti di anatomia, indicano la zona dolorosa tracciando con la mano il percorso del colon. Tra i dolori riferiti vanno ricordati quello dell'angina pectoris al braccio sinistro e talvolta anche al destro, o limitato all'avambraccio, al polso, all'anulare e mignolo, alla nuca o al giugulo; quello della calcolosi biliare alla regione scapolare o interscapolare; quello del calcolo ureterico al testicolo; quello alle coscie della salpingite e della gravidanza tubarica.

L'iperestesia superficiale o profonda della cute è un segno molto utile per la diagnosi dell'ulcera gastrica e duodenale, di alcune forme d'appendicite, della colecistite e della diverticulite.

La durata del dolore ha un significato speciale, e talvolta mette in evidenza particolari perturbazioni funzionali. Così il dolore intermittente della colica intestinale, dovuto ad iperattività peristaltica, dura solo pochi minuti. Il dolore dell'angina pectoris raramente dura più di qualche minuto e denota verisimilmente un inadeguato rilasciamento delle coronarie in risposta all'aumentato lavoro cardiaco o all'aumento della pressione vasale. Il dolore dell'ulcera gastrica e duodenale dura qualche ora, fino a che lo stomaco è rispettivamente riempito o svuotato. Le crisi epatiche e renali possono durare ore e ore. In ciascun caso si può mettere in relazione l'elemento durata con l'evento meccanico.

La frequenza ed il tempo nel quale si verifica il dolore non sono meno istruttivi. Il dolore epigastrico che ricorre quotidianamente ed in relazione ai pasti è quasi sicuramente di origine gastrica. Il dolore epigastrico a rari intervalli e indipendente dai pasti e dagli sforzi deve far sospettare la colelitiasi o la tabe. Il dolore epigastrico prodotto da sforzi è quasi sicuramente legato ad affezioni cardio-vascolari. Il dolore dell'angina pectoris si ha per lo più nelle ore del mattino, quello dell'ulcera gastrica nelle ore serali o della prima notte.

In relazione ai fattori aggravanti del dolore va ricordato che gli sforzi, il freddo, le emozioni, i movimenti dopo i pasti possono provocare crisi anginale. Le scosse, i trabalzamenti possono destare le coliche da calcolosi biliare, renale e vescicale, e da spasmo cronico del colon, nel quale il dolore può essere provocato dal freddo, dalla stanchezza, dal fumo, dai purganti. Una lieve percussione su i lombi desta il dolore nella calcolosi renale meglio che la palpazione profonda.

Tra i fattori allevianti vanno ricordati il riposo fisico e mentale ed il caldo oltre i rimedi specifici come il nitrito d'amile nell'angina pectoris, gli alcalini e la belladonna nel dolore gastrico, ecc.

Per lo studio clinico del dolore conviene tener presente le seguenti raccomandazioni:

Primo: nei casi oscuri e nei quali è necessaria una decisione tentare di esaminare il paziente quando è in preda al dolore, allora l'osservazione potrà essere più accurata e più degna di fede e potranno essere eventualmente presenti i segni fisici indotti dal dolore stesso o dalla esacerbazione della lesione che provoca la crisi dolorosa.

Secondo: prestare particolare attenzione alla posizione ed agli atteggiamenti del paziente.

Terzo: ricordare le strette relazioni che esistono tra dolori viscerali e attività funzionale del viscere leso: il dolore gastrico si accentua con la ingestione dei cibi o con la digestione, il dolore cardiaco sarà destato in conseguenza dei fatti che aumentano l'attività del cuore, gli sforzi, le emozioni, ecc.

In ogni caso tener presente che il dolore è il segno, con il quale la natura avverte delle modificazioni nocive che si avverano nell'organismo, esso è il linguaggio della malattia, un linguaggio che il medico deve saperlo intendere e quindi studiare in tutte le sue modalità, in tutte le sue espressioni.

DR.

SUNTI E RASSEGNE.

RICAMBIO.

La cura ingrassante con l'insulina.

(WIECHMANN, *Münch. Med. Woch.*, 1927, n. 52).

La linea snella è oggi di moda, tanto per l'uomo che per la donna. Si spiega così la diminuzione del numero di coloro che desiderano aumentare il peso del proprio corpo. Ciò non toglie che qualche malato si rivolga, al medico per ingrassare, e ciò rappresentava un tempo una croce per entrambi!

Falta, Vogt e altri preconizzarono l'uso dell'insulina per la terapia ingrassante, beninteso negli individui a ricambio di carboidrati intatto.

L'A. ha da tempo adoperato il metodo, constatando, oltre l'aumento di peso dei pazienti, anche un miglioramento della crasi sanguigna, una scomparsa della depressione psichica, un aumento dell'attività generale. L'appetito è talora fenomenale e vi sono malati che mangiano quasi ininterrottamente durante la cura.

Il dosaggio della insulina non può essere schematizzato. Ma in genere si può cominciare con due iniezioni di cinque unità il primo giorno (2×5), seguitando con 2×10 il 2° giorno e con 5×10 per altri 5 giorni. Di settimana in settimana si può così raggiungere la dose di 5×20 o 5×30. L'aumento di peso continua anche per qualche settimana dopo cessata la cura. Ma accidenti ipoglicemici possono anche sopraggiungere prima di raggiungere le dosi massime descritte, per cui sarà prudente saggiare con cura la tolleranza del soggetto; le iniezioni si possono fare mezz'ora prima dei pasti, e l'ultima non più tardi delle ore 19, per evitare che accidenti ipoglicemici si avverino nella notte. Questi scompariranno però ben presto bevendo una soluzione zuccherina o una limonata zuccherata. Una parte dell'aumento di peso immediato va senza dubbio attribuita alla ritenzione di acqua. Il cuore aumenta i suoi diametri durante la cura, per l'aumento della massa del sangue e per l'accrescimento proprio del miocardio. Il meccanismo di azione dell'insulina va ricercato nell'aumento di permeabilità delle cellule allo zucchero; esse ne ossidano di più e ne trasformano di più in glicogeno. Inoltre l'insulina favorirebbe la trasformazione dello zucchero in grasso, come lo dimostrano le ricerche sul quoziente respiratorio.

Indicazioni alla cura: la magrezza costituzionale, le varie forme di ptosi viscerali, le tireotossicosi, le forme croniche di tubercolosi polmonare, alcuni casi di tumori maligni, anche per gli effetti psichici favorevoli che si producono, ecc.

Ma gli effetti raggiungibili non sono illimitati: a un certo punto, anche l'aumento delle dosi non fa più crescere il peso.

Durante la cura insulinica si ha una iperproduzione e secrezione di adrenalina, del che fanno fede ricerche sperimentali. Ora è assodato che l'adrenalina impedisce alle proprietà dell'insulina di esplicarsi, essendo sua antagonista. Si spiega così che l'azione insulinica abbia dei limiti.

Lo svuotamento dello stomaco è assai più rapido dopo l'iniezione di insulina; l'acidità della secrezione gastrica talora è aumentata, talora diminuita. Ma forse non solo è accorciato durante l'azione insulinica il tempo di svuotamento dello stomaco, bensì anche aumenta il potere di assorbimento del contenuto gastrico da parte delle pareti.

Alcuni hanno negato ogni azione ingrassante e stimolatrice dell'appetito all'insulina. Ma tali ricercatori sperimentarono sui bambini: si potrebbe pensare che l'azione insulinica ingrassante sia in relazione con la maturità delle ghiandole sessuali.

Non è ancora stato del tutto assodato se l'insulina per via orale e la sintalina abbiano netta azione ingrassante, paragonabile a quella dell'insulina per via ipodermica.

GARRONE.

Vedute moderne sul metabolismo normale degli idrati di carbonio.

(GEORGE H. TUTTLE. *Boston medical and Surg. Journal*, 29 dicembre 1927).

Durante questi ultimi 5 anni numerosissime ricerche, fatte nei laboratori di fisiologia, di biochimica e in cliniche per diabetici, hanno messo in evidenza una quantità tale di fatti, riguardanti il metabolismo dei carboidrati, che si è resa necessaria una revisione delle primitive concezioni. La scoperta e l'uso dell'insulina hanno illuminato i punti oscuri della questione. La perfusione di vari organi con o senza insulina hanno reso positive molte ipotesi riguardanti la formazione del glicogeno, ipotesi che prima erano oscure e indefinite. Recenti esperienze di Best e dei suoi collaboratori, in continuazione di ricerche fatte da altri AA., hanno finalmente dato la spiegazione dello « zucchero eccedente », che sempre misteriosamente scompariva dalla corrente sanguigna. Lo studio dell'azione della glicogenasi nell'effettuare la trasformazione del glicogeno a glucosio è più chiaramente compreso; e in particolar modo è chiaro il fatto che non esiste glicogenasi nei muscoli e quindi, come è stato dimostrato da Soskind, che

il glicogeno dei muscoli non è riconvertito in glucosio per aumentare lo zucchero del sangue (glicemia). Oggidì si ritiene che la sorgente tanto dell'insulina che della glicogenasi sia nel pancreas, dato che questa glandola contiene la più grande provvista di queste due sostanze. L'insulina agisce come fattore anabolico polimerizzando il glucosio in glicogeno, e la glicogenasi, che si riscontra in tutti i liquidi dell'organismo e nei tessuti ad eccezione dei muscoli, agisce come fattore catabolico trasformando il glicogeno in glucosio. Dal momento che tanto l'insulina che la glicogenasi si trovano in grande quantità nel sangue e nei liquidi dell'organismo, in questi non vi può essere presenza di glicogeno. Esiste un equilibrio tra queste due forze opposte del metabolismo e il glucosio rimane inalterato nel sangue. Altri esperimenti hanno dimostrato, inoltre, che l'insulina sola in contatto col glucosio non può formare glicogeno, ma, se si aggiunge alla soluzione un pezzetto di muscolo o di estratto di muscolo, si forma glicogeno. Questo fatto, insieme con le esperienze di perfusione, dimostra che l'insulina e il glucosio, sempre presenti insieme nel sangue, non formano glicogeno fintantochè non giungono a un tessuto del corpo sul quale il glicogeno si deposita. È ora noto, altresì, che il glicogeno dei muscoli fornisce la forza e il calore dell'azione muscolare trasformandosi in acido lattico ed altri prodotti metabolici ma non riconvertendosi mai in glucosio per opera della glicogenasi, dal momento che quest'ultima non esiste affatto nei muscoli. Nei primi esperimenti sugli stati di ipoglicemia accentuata, nei quali vi erano convulsioni ed esaurimento muscolare, veniva riscontrato glicogeno, il che faceva sembrare come se il glicogeno fosse stato riconvertito in glucosio per aumentare la glicemia; ma questa era una illusione poichè ciò non si verifica nei muscoli precedentemente paralizzati col curaro. Si ritiene oggi che il glucosio può essere allontanato dal sangue soltanto in due modi: 1) mediante conversione in glicogeno per mezzo dell'insulina; 2) mediante la normale ossidazione in H_2O e CO_2; e che non esiste alcuna sostanza misteriosa, sconosciuta nella quale esso glucosio si trasforma. La conversione del glucosio in glicogeno dei tessuti rappresenta uno dei due modi nei quali il glucosio viene rimosso dal sangue, e il mistero della scomparsa dello « zucchero extra » è esistito per tanto tempo, per il fatto che si dava poco valore a questo allontanamento del glucosio. Il secondo modo nel quale lo zucchero è rimosso dal sangue consiste nella sua normale ossidazione in H_2O e CO_2. Dopo ciascun pasto nuovo il glucosio entra nel sangue e la ossidazione, come è dimostrato dall'aumento del quoziente respiratorio, aumenta per circa 3 ore, indi diminuisce fino al pasto susseguente. Questo è quanto si verifica se il tasso dello zucchero del sangue è entro i limiti normali, ma negli stati diabetici quando la quantità di zucchero nel sangue eccede i limiti normali, il quoziente respiratorio aumenta sempre dopo la somministrazione di insulina. Si credeva dapprima che l'insulina aumentasse l'ossidazione direttamente, ma dato che le esperienze di laboratorio non hanno confermato questo fatto, si ritiene oggidì che l'ossidazione sia ostacolata dalla eccessiva concentrazione del glucosio e che quando l'insulina allontana il glucosio dal sangue convertendolo in glicogeno dei tessuti, la normale concentrazione viene ristabilita e la ossidazione procede nel modo usuale. Un nuovo fatto è ora accertato per quanto riguarda l'ossidazione. Quando consideriamo che l'ossidazione del glucosio del sangue e del glucosio derivato dal glicogeno, riconvertito dall'azione della glicogenasi dei tessuti, continua per 5-6 ore dopo un pasto, dobbiamo arguire che ciò crea un enorme vuoto per il glucosio nei tessuti, deficit che è molto più grande di quanto si credesse possibile. Gli è per questa ragione che molto glucosio passa direttamente attraverso il fegato senza essere ivi convertito in glicogeno, in modo da passare dal sangue ai tessuti, per soddisfare questa fame di zucchero, e ivi essere convertito in glicogeno per opera dell'insulina, la quale è stata già fornita a tutti i tessuti dal pancreas per mezzo della corrente sanguigna. Sembra che il glicogeno del fegato rappresenti un rifornimento temporaneo e variabile, che ha per iscopo di regolare la concentrazione costantemente variabile dello zucchero del sangue e di evitare le ipoglicemie pericolose. La quantità di questo glicogeno del fegato è relativamente piccola. Una maggiore richiesta di glucosio dev'essere fornita dagli acidi chetonici delle sostanze proteiche o dal metabolismo delle sostanze proteiche dei tessuti e fors'anche dai grassi.

Basandosi su queste nuove concezioni sul metabolismo dei carboidrati, alla questione sul come agisca l'insulina si deve rispondere come segue: « L'insulina ha una sola funzione ben provata e cioè il potere di convertire il glucosio in glicogeno quando è in contatto coi tessuti viventi. Alla luce di queste nuove teorie una breve descrizione del metabolismo dei carboidrati potrebbe, presso a poco, essere la seguente. Il pancreas immette liberamente nel sangue le due sostanze attive del metabolismo, l'insulina, derivante dalle isole di Langerhans e la glicogenasi, enzima di ignota origine; queste due sostanze

vengono trasportate ai vari tessuti dell'organismo. Una corrente di glucosio, assorbita dall'intestino affluisce attraverso le vene e i linfatici nella grande circolazione, attirata dalla enorme deficienza di zucchero verificatasi nelle ore precedenti e dovuta alla normale ossidazione che ha luogo nei tessuti nell'esplicazione delle loro funzioni. A mano a mano che questa corrente di glucosio scorre attraverso i vari organi (cuore, fegato, muscoli ecc.), incontrando ovunque l'insulina, ciascuno di questi organi, per mezzo dell'insulina contenuta in essi, trasforma in glicogeno la propria riserva di glucosio per le ore seguenti, prima del pasto successivo. Il fegato ne trattiene una quantità sufficiente per regolare il tasso dello zucchero nel sangue durante queste ore, il cuore anche una quantità sufficiente per mantenere i battiti e i muscoli una grande quantità in modo da essere sempre pronti all'occasione a qualsiasi sforzo. È per ciò che nei muscoli non vi è glicogenasi, per modo che la loro riserva può rimanere sempre abbondante e non essere mai ridotta dalla glicogenolisi.

Nel diabete, in cui la quantità di insulina è scarsa, meno glicogeno viene depositato nei tessuti; un eccesso di glucosio si accumula nel sangue e, varcando la soglia, passa nelle urine. Il deficiente deposito di glicogeno nei muscoli spiega indubbiamente la debolezza muscolare dei diabetici, ed è opportuno ricordarsi nel consigliare l'esercizio muscolare a questi malati, che il cuore è un muscolo importantissimo. Infatti tutti gli organi e i tessuti diminuiscono nella loro funzione quando vi è in essi un deficiente deposito di glicogeno, il quale fatto, forse, può costituire un fattore importante nel collasso generale di tutte le funzioni, quando la malattia ha progredito fino allo stadio comatoso.

N. MARZO.

ORGANI DIGERENTI.

Il trattamento intensivo con alcalini delle ulcere gastriche e duodenali.

(H. MAC LEAN - J. JONES - G. FILDES. *Lancet*, 7-1-28).

La chirurgia vanta molti successi nella cura di tali affezioni, ma, putroppo, annovera anche parecchi insuccessi.

Nelle forme semplici di ulceri, allorquando si riesce a rimuovere la causa irritante, rappresentata dalla secrezione acida dello stomaco, la medicina può essere da sola sufficiente a dar la guarigione.

La questione dell'iperacidità dell'ulcera dello stomaco è ancora controversa, in quanto, dopo un pasto di prova, possono venir trovati reperti di acidità anche minori della norma. In tali casi, però, accade realmente che l'acido si produce dopo che la digestione si è completata, e dopo che il cibo ha lasciato lo stomaco.

Non è provato se, in simili condizioni, l'acido sia capace di produrre di per sè un'ulcera; è però indubbio che la sua presenza debba aggravare lo stato di un'ulcera preesistente.

Se ora poniamo mente al fatto che, dopo una gastroenterostomia, l'acidità del contenuto gastrico tende a diminuire fin quasi a neutralizzarsi del tutto, e se pensiamo che ciò è dovuto al refluire nello stomaco di succo pancreatico alcalino, attraverso al moncone di amputazione, è ovvio pensare come sia logico trattare i malati di ulcera gastrica in maniera da riprodurre simili condizioni.

Si eviterà però l'errore di usare sostanze medicamentose alcaline in dosi troppo piccole, poichè allora si ottiene lo scopo opposto, cioè si provoca una secrezione ancor più accentuata di acido.

Un metodo curativo basato su tali postulati è quello di Sippy; ma la sua esecuzione è piuttosto laboriosa e difficile. Secondo gli AA. la somministrazione degli alcalini va seguitata anche nella notte, onde non permettere mai che l'acido cloridrico possa venire a contatto dell'ulcera.

La qualità dell'alcalino da usare ha scarsa importanza; per quel che riguarda tuttavia il bicarbonato di sodio, bisogna rammentare come, trascorso il suo effetto neutralizzante, esso tenda a eccitare una nuova ipersecrezione acida; e come, data la sua grande diffusibilità, l'effetto neutralizzante sia troppo rapido e passeggero.

Si preferisce perciò ricorrere all'unione di più alcalini.

La formula proposta ed usata dagli AA. è la seguente:

Bicarbonato di sodio 1 parte; Carbonato di magnesio (polv.) 2 parti; Ossicarbonato di bismuto 2 parti.

Vuol dire che si crescerà la dose di bismuto o di magnesia a seconda che vi sarà diarrea o stipsi.

Un'altra formula, consigliabile per uso ospitaliero, perchè meno costosa, è la seguente:

Ossicarbonato di bismuto 1 parte; Bicarbonato di sodio 3 parti; Carbonato di magnesio (polv.) 3 parti; Creta preparata 3 parti.

Per facilitare l'azione delle polveri il paziente sarà tenuto a dieta liquida o semiliquida per lungo tempo. In tal modo, dopo 2-3 giorni, i dolori scompaiono. Se ciò non avviene, bisogna ritenere che non si tratti di ulcera, o che esistano aderenze con gli organi vicini. Il metodo ha quindi anche gran valore diagnostico.

La dose sarà raddoppiata all'ultima sommini-

strazione della sera, per prolungare l'azione durante la notte, e il paziente terrà a portata di mani, vicino al proprio letto, il medicamento, onde prenderne non appena fosse risvegliato da nuovi dolori.

Le dosi da somministrare variano a seconda del periodo di cura; se infatti nella prima settimana, durante la quale si osserverà dieta prevalentemente lattea, sarà dato un cucchiaio da the di polvere ogni 2 ore (6-7 dosi al giorno), durante la seconda si scenderà a 4-5 dosi, permettendo l'aggiunta al pasto di 2-3 uova e di biscotti al burro, e durante la 3a-4a-5a-6a settimana si diminuirà ancora a 3-4 dosi, aumentando gradatamente il vitto. Si seguiterà poi con 2-3 dosi per almeno altre sei settimane, e con una singola dose serale per lungo tempo ancora, ponendo sempre attenzione alla dieta, nella quale si limiteranno sempre le carni, evitando le insalate, le verdure e le frutta crude, e qualsiasi altro cibo di difficile digestione.

L'alcool e il fumo saranno sconsigliati.

Per combattere in pari tempo l'ipersecrezione gastrica di acido, si userà l'ingestione a digiuno di olio o di grassi, oppure si ricorrerà utilmente alla belladonna.

L'obiezione che il trattamento alcalino intensivo possa riuscire dannoso impedendo l'attività della pepsina nello stomaco, non è sostenibile, in quanto sono sufficienti alla digestione delle sostanze proteiche gli altri fermenti intestinali e pancreatici.

Egualmente non ha valore l'altra obiezione che il trattamento possa indurre uno stato di alcalosi, coi relativi disturbi, in quanto le sostanze alcaline agiscono localmente neutralizzando l'acido, poi passano nell'intestino e si incorporano con le feci, venendo assorbite solo in minima parte.

Il suddetto trattamento medico è indicato solo nelle ulceri semplici gastriche e duodenali, anche se profonde, restando inefficace nelle ulceri complicate da adesioni periviscerali e da quelle con ostruzioni meccaniche del piloro. Si comprende come in queste si debbano applicare i metodi chirurgici. Nelle prime, invece i resultati sono ottimi a dichiarazione degli AA., come comproverebbero anche le radiografie dei casi studiati, riprodotte nitide e numerose nel loro lavoro.

M. FABERI.

Il trattamento della perforazione acuta delle ulcere gastro-duodenali.

(E. FORGUE. *Revue médicale française*, nov. 1927).

Nel trattamento delle perforazioni gastriche o duodenali, il tempo ha importanza capitale nel successo: ogni ora che passa aggrava il rischio e fa salire rapidamente la percentuale della mortalità. Le statistiche mostrano che dalla dodicesima alla ventiquattresima ora, il malato perde più della metà delle probabilità di sopravvivere e che al di là di trentasei ore, non ha più che una o due probabilità su dieci di scamparsela.

Non appena fatta la diagnosi, si prenderanno tutte le disposizioni per l'intervento immediato. Data l'urgenza, sarà talora necessario operare al domicilio del malato; ma in generale, trattandosi spesso di interventi gravi e che necessitano speciali preparativi e cure, si trasporterà il paziente in ospedale. Si praticheranno iniezioni di siero e di olio canforato al malato, lo si assoggetterà a narcosi eterea molto cauta e si comincerà l'operazione.

Si farà l'incisione mediana sopraombellicale: la presenza nel peritoneo di liquido grigiastro fluido, mescolato a gas, di materie alimentari, confermerà la diagnosi; si asporterà il liquido, si laveranno le pareti con etere.

L'operatore deve portare la prima esplorazione verso lo stomaco ed il duodeno ed esaminare la loro faccia anteriore ed in primo luogo la zona pilorica od iuxta-pilorica ove tre volte su cinque si riscontra l'ulcera perforata. Dopo la regione duodeno-pilorica, è la piccola curvatura che bisogna esplorare, dove si riscontra l'ulcera, una volta su cinque. Se l'esame delle facce anteriori dello stomaco e del duodeno è negativo si cercherà un'ulcera posteriore sia a livello dello stomaco, sia a livello del duodeno. L'esplorazione della faccia posteriore si fa, sia con lo scollamento colo-epiploico, sia con lo sfondamento di uno spazio avascolare del legamento gastro-colico, in modo da rivoltare lo stomaco e raggiungere così la retro cavità, dove la perforazione posteriore ha lasciato sfuggire il contenuto gastrico.

Una volta scoperta l'ulcera è necessario esaminarne con cura le condizioni anatomiche: non è tanto la dimensione dell'ulcera che bisogna considerare, quanto l'ispessimento infiammatorio che ne costituisce la base, perchè da esso derivano tutte le difficoltà della sutura ed i rischi di instabilità di essa.

L'indicazione urgente, vitale è la chiusura della perforazione che deve essere compiuta con la tecnica più semplice e più rapida e che deve essere sufficentemente solida. Il processo di scelta, quand'è possibile usarlo è la sutura; ad essa si ricorrerà nei casi di ulcere piccole, molli o poco indurite, i cui bordi obbediscono bene alla trazione del filo e la cui chiusura perfetta può essere ottenuta senza restringimento grave della

porzione piloro-duodenale. Per impedire la disunione dei margini non basta limitarsi alla sutura lineare dei bordi ma occorre l'affondamento a parecchi piani, l'invaginazione dell'orificio, sotto una doppia plica sierosierosa. Questo affondamento può essere impedito dalla durezza della zona peri-ulcerosa che si riscontra nelle vecchie ulcere callose a larga base indurita; esso è poco indicato nelle ulcere alte della piccola curvatura ed in quelle del canale duodeno-pilorico. In tali casi sarà bene ricorrere alla semplice sutura.

In caso di ulcera callosa che non permette altro che una sutura mediocre si ricorrerà, per porre i punti in tessuto sano, alla escissione o distruzione col termocauterio dei bordi dell'ulcera. Si adoperi la termo-cauterizzazione nelle ulceri della piccola curvatura e sopratutto nelle ulceri poste in alto, iuxta cardiache, penosamente accessibili; la escissione sarà invece riservata alle ulceri bene accessibili, di piccole dimensioni, con infiltrazione dura poco estesa. Fino ad ora il metodo della escissione non è stato favorevolmente apprezzato: esso è stato praticato di rado ed è difficile su di una così piccola serie di casi fondare delle conclusioni decisive.

L'indicazione dominante della gastro-enterostomia complementare della sutura si trova nel restringimento del canale duodeno-gastrico, che deriva dal ravvicinamento dei punti, nelle ulceri iuxta-piloriche.

L'avvenire di un perforato è meglio assicurato dalla gastro-enterostomia complementare che produce un miglior funzionamento gastrico e la sicurezza contro il pericolo di una emorragia o la eventualità di una nuova ulcera.

Ma il praticare la gastro enterostomia prolunga l'operazione e perciò se si è potuto ottenere una sutura solida a tre piani, senza stenosi piloroduodenale e se lo stato generale del paziente è cattivo, è superfluo prolungare la anestesia e l'operazione.

Infine l'autore pone il problema se l'escissione larga, con gastro-pilorectomia più o meno estesa, debba diventare il trattamento di scelta della perforazione acuta gastro-duodenale. Dopo un accurato esame della quistione conclude che nel caso di ulcera della zona pilorica, larga, molto callosa, se l'operazione è fatta precocemente e se lo stato generale lo permette, è legittimo procedere ad una gastro-pilorectomia. Bisogna però riconoscere che attualmente ancora, nelle condizioni di minorata resistenza in cui gli ammalati giungono al chirurgo, assai spesso lo stato del soggetto impone l'intervento più semplice e più breve.

VICENTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

LAFFITTE A., CARRIÉ P. A., GAUTIER C., MAY E. *Nouveau traité de Pahologie Interne.* Vol. II, parte II: *Maladies des Reins; du Peritoine; Pathologie des Glandes Endocrines; Les Ectosympathoses; Rhumatismes Chroniques.* Vol. in-8° di pag. 872. G. Doin & C., 1928: Fr. 150.

La seconda parte del 2° volume del *Nouveau Traité de Pathologie Interne* s'inizia con le malattie dei reni. I primi tre capitoli sono riservati all'anatomia, all'istofisiologia ed ai procedimenti dell'esplorazione renale, mentre successivamente gli AA. descrivono le diverse affezioni renali. La difficile questione delle nefriti è presentata secondo i moderni studi della fisiologia e della clinica, la tubercolosi e la sifilide del rene, la litiasi renale, le suppurazioni del rene e del bacinetto, sono oggetto di capitoli assai completi.

Nelle malattie del peritoneo, interessanti appaiono in special modo le pagine riguardanti la questione delle periviscerti croniche.

Le affezioni endocrine, con i relativi metodi di esplorazione, sono esposte in modo che, pur rimanendo nel fermo terreno della clinica, non viene chiusa la porta alle feconde ipotesi che l'argomento continuamente può sollevare.

Il nome nuovo di ectosimpatosi, comprende tutte le affezioni inerenti a turbe del simpatico periferico: m. di Raynaud, sclerodermia, urticaria, edemi angio-neurotici, ecc.

I rapporti esistenti fra tutte queste affezioni e tali da giustificare la creazione di questo nuovo gruppo nosologico, sono esattamente indicati e discussi. Il volume termina con alcune pagine destinate alla questione dei reumatismi cronici: in esse gli AA. insistono in special modo sui punti di contatto esistenti tra queste malattie e tutta la patologia endocrina e simpatica.

A. POZZI.

ORTNER NORBERT. *Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten*, III Vol., II Ediz. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1927. Mk. 21.

In questo volume una prima parte è dedicata alla sintomatologia dei tumori addominali. Essi sono trattati a seconda della regione addominale nella quale si sono sviluppati ed accanto alla varia sintomatologia che essi presentano nelle varie sedi, è trattata ampiamente la diagnosi differenziale.

La seconda parte comprende la trattazione anzitutto della febbre, poi di alcune malattie in-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

fettive (tifo e sepsi), e delle principali malattie dell'apparato respiratorio, del cuore, del fegato, della milza, delle ghiandole. Particolare cura è stata data a quanto concerne la diagnosi differenziale nelle suddette malattie, rendendola quanto più possibile completa.

TR.

STRÜMPELL A. und SEYFALTH C. *Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten*, 26 ediz., 1927, 2° vol. Vogel, Lipsia. MK. 50.

La 25ª edizione del noto trattato dello Strümpell, fu esaurita dopo pochi mesi della sua comparsa. Da ciò la necessità di una successiva edizione che però rispondesse al desiderio dell'A. costituire cioè un più completo aggiornamento della precedente alle più recenti acquisizioni.

E alcuni capitoli sono stati nuovamente compilati; essi sono quelli del paratifo, della scarlattina, della lebbra, della poliomielite acuta, dell'encefalite epidemica, del singhiozzo epidemico, delle aritmie, della ipertensione, dell'ulcera duodenale, delle malattie delle ghiandole a secrezione interna, delle avitaminosi. Il Seyfarth che fu già il collaboratore dello Strümpell nella compilazione della 22ª edizione, ha con la nuova trattazione di suddetti capitoli, apportato le modificazioni rese necessarie dalle più moderne vedute nei vari argomenti.

Di questa 26ª edizione è in corso la traduzione in italiano.

TRENTI.

L. SCHEKTER. *Comment consulter?* 2ª ediz. 1 vol. in-8° di pag. 176. Parigi, O. Doin editore, 1928. Prezzo Fr. 15.

È un libro destinato ai pazienti, cui insegna come presentare al medico un quadro completo, chiaro, metodico, dei propri disturbi. Esso facilita anche il còmpito del medico.

Sebbene destinato ai profani, potrà essere letto con vantaggio dagli studenti e dai giovani colleghi.

A. P.

M. MUSELLA. *Frammenti di scienza.* Un vol. in-16° di 224 p. V. Idelson ed. Napoli. Prezzo L. 10.

Divagazioni su diversi argomenti di natura nettamente scientifica (Malattie che risanano, Il batteriofago) o varia (La donna, Il fanciullo); alcuni sono dedicati alla psicoanalisi, che l'A. combatte, ai fenomeni medianici, a considerazioni filosofiche. Tutti scritti con brio vivace e di piacevole lettura. Il volume è presentato da una lusinghiera prefazione del prof. P. Castellino.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 31 marzo 1928.

Presidente: Prof. R. ALESSANDRI.

Sui disturbi nervosi e mentali da intossicazione da solfuro di carbonio.

AYALA prof. G. — L'O. rileva che queste intossicazioni si presentano a Roma con una certa frequenza, in seguito all'incremento dell'industria della seta artificiale. Per le scarse cognizioni esistenti in proposito, l'O. crede opportuno richiamare l'attenzione sopratutto sui fenomeni d'indole nervosa e mentale. L'O. ha rilevato che dopo un periodo di eccitazione, che può assumere andamento analogo a quello dell'ubbriachezza acuta, subentra uno stato di confusione mentale, talora accompagnato da fenomeni di agitazione, tali da richiedere l'uso della camicia di forza e capaci di prolungarsi per molti mesi.

Le forme benigne guariscono presto, ed assumono una elevata importanza medico-legale perchè gli interessati reclamano indennizzo di danni, seguitando ad accusare disturbi che nulla hanno a che vedere con l'intossicazione e che possono riguardarsi come dovuti ad una « nevrosi da indennizzo ».

Gli individui che vanno incontro alla intossicazione sono dei predisposti per alcoolismo o per stato neuro-psicotico preesistente; unica forma di profilassi è l'allontanamento dalle inalazioni di solfuro di carbonio.

Il prof. GIUDICEANDREA domanda al prof. Ayala se abbia eseguito ricerche sulla crasi sanguigna.

Il prof. AYALA risponde di non aver trovato importanti cambiamenti della formula leucocitaria, nè nel numero dei globuli rossi.

Le alterazioni delle attitudini del corpo nei convalescenti di malattie infettive con alterazioni muscolari a tipo miositico.

MELDOLESI prof. G. — Richiama suoi precedenti studi sulle alterazioni muscolari specialmente degli estensori e a tipo fascicolare, che si osservano dopo molte malattie infettive.

Presentemente l'O. ha rilevato tali alterazioni nei muscoli estensori del dorso, il che sta in relazione con alterazioni delle attitudini del corpo in molti convalescenti di malattie infettive. Anche i movimenti atassici rilevabili specialmente nei bambini convalescenti di malattie infettive all'atto della deambulazione, sono riferibili a lesioni degli estensori degli arti. Questi disturbi sono duraturi.

Il prof. AYALA domanda al prof. Meldolesi se possa escludere l'influenza di lesioni cerebellari in tali disturbi.

Il prof. MELDOLESI risponde che crede di poterli escludere non avendo rilevato alcun altro segno di lesione cerebellare durante le sue osservazioni.

Il valore dell'anestesia locale nei risultati delle operazioni di resezione dello stomaco, specialmente per cancro.

Prof. R. ALESSANDRI. — L'O. rileva che la broncopolmonite e lo choc che spesso seguono all'anestesia generale eterea dopo lunghe operazioni addominali, ha spinto i chirurghi a studiare l'attuazione di un'anestesia locale. L'O. ha attuato tale anestesia in molti interventi gastrici specialmente per cancro. L'anestesia della sola parete addominale non è sufficiente occorrendo anche l'anestesia viscerale. Per attuare quest'ultima egli non ricorre all'anestesia dei nervi splancnici, sia per via esterna che per via addominale, dopo l'apertura della parete; ma ha trovato molto preferibile l'infiltrazione dell'anestetico locale nel meso e nell'epiploon. Come anestetico adopera la tutocaina al 0,25 %.

Malgrado tutto questo, si possono riscontrare difficoltà nelle lunghe operazioni, all'atto della sutura addominale, perchè l'effetto anestetico locale è cessato; allora conviene ricorrere ad una breve anestesia generale, per la quale egli si propone di ricorrere all'etilene.

Termina la comunicazione portando una statistica di 12 casi operati in Clinica, nei quali si verificò un solo caso di broncopolmonite in soggetto nel quale fu adoperato anche l'etere per insufficienza dell'anestesia locale.

Il prof. MARGARUCCI è favorevole all'anestesia locale per brevi operazioni, senza resezioni viscerali; nelle operazioni indaginose crede che corrisponda meno bene e che non garantisca contro le complicazioni bronco-pneumoniche. Inoltre si preoccupa della tranquillità di spirito e dello stato psichico degli ammalati svegli durante i prolungati interventi.

Il prof. EGIDI dichiara che il prof. Alessandri ha portato la sanzione della sua autorità ad una pratica che sembra molto vantaggiosa e che egli segue da anni variando nella tecnica a mano a mano che si sviluppano le conoscenze sulla sensibilità dei visceri.

Da quando si è appreso che gli splancnici provvedono alla sensibilità dello stomaco, di quasi tutto l'intestino, del fegato e della milza, ha fatto uso nelle operazioni su detti organi, dell'anestesia degli splancnici eseguita, dopo apertura del ventre, secondo il processo di Braun.

Ma poi ha trovato che si può procedere molto più semplicemente. Infatti gli splancnici, attraverso il plesso solare, mandano ai visceri rami nervosi che seguono la via dei vasi. Tra i vasi che vanno allo stomaco, l'aorta coronaria e la pilorica passano nel legamento epato-gastro-duodenale e l'aorta gastroepiploica destra, provenendo dall'a. epatica, può anch'essa essere raggiunta da anestetici che infiltrino la parte destra di detto legamento. Cosicchè, se esso venga infiltrato, si bloccano tutti i plessi perivascolari dello stomaco ad eccezione di quelli che seguono l'a. gastroepiploica sinistra; ma questi debbono essere poco importanti, se si considera che trascurandoli, come egli fa, l'anestesia è egualmente buona.

Egli si limita ad infiltrare il piccolo omento con 10-20 cmc. di novocaina 1/2 %. Dirige l'iniezione prima verso l'a. coronaria stomacica e poi sopra al piloro. In questo modo si ha un'anestesia soddisfacente per ogni operazione sullo stomaco e sul duodeno. Infiltrando più estesamente la parte destra del legamento, si può bloccare la conduzione nervosa del plesso che sta intorno all'arteria epatica e così rendere insensibili tutti i plessi che seguono i rami di questa arteria. In tal modo sono possibili le operazioni sulle vie biliari e, ciò che sembra più importante, le esplorazioni degli organi della parte superiore del ventre.

L'O. considera il ligamento epatogastrico il più importante tra i punti critici per l'interruzione della sensibilità dei visceri.

Altri punti critici sono la piega duodeno-digiunale (per il plesso mesenterico superiore), la porzione distale del mesosigma ed il meso del colon pelvico (per una parte considerevole del plesso mesenterico inferiore e per i nervi pelvici), l'angolo ileo-pelvico (per l'appendicectomia).

L'anestesia che si ottiene agendo su detti punti è un'anestesia da conduzione regionale.

Il prof. ALESSANDRI, pur concordando col prof. Margarucci sull'apprensione di alcuni malati svegli, durante lunghe operazioni, stima che questo inconveniente desta minori preoccupazioni che non le complicazioni della narcosi eterea generale. Risponde poi al prof. Egidi rilevando come vi sia accordo fondamentale fra le reciproche vedute e le reciproche applicazioni.

Il Segretario: V. PUNTONI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche.

Seduta ordinaria del 17 febbraio 1928.
Presidente: Prof. R. GALEAZZI.

Sulla predisposizione specifica alle infezioni.

Prof. ZIRONI. — Basandosi sui risultati di precedenti osservazioni critiche e di risultati sperimentali, l'O. è indotto a ritenere che la infezione latente resa manifesta dal divenire portatori di germi, per determinate infezioni può fare insorgere una iperreattività specifica. In altre parole l'assorbimento di antigeni microbici, verificantesi nei portatori di germi può determinare in questi, in particolari contingenze, anzichè uno stato di refrattarietà un particolare aumento di sensibilità per effetto del quale contraggono la malattia più agevolmente dei soggetti normali. Il fatto non è dimostrato che da prove indirette; esso ha forse notevole importanza nella epidemiologia.

Produzione sperimentale di osso mediante iniezioni di sali di calcio.

Dott. ANNOVAZZI. — L'O. comunica di avere ottenuto nel padiglione dell'orecchio di coniglio una ossificazione endocondiale neoplastica procedendo nel seguente modo: iniezione sottocutanea di una sospensione di glicerofosfati di calce in acqua, pen-

nellatura con essenza di senape in sede di iniezione.

La lamina ossea osservata sostituisce per circa un centimetro di lunghezza il pericondrio e i fasci connettivi adiacenti, ed invade tratto tratto la cartilagine interrompendone la continuità. Il reperto proverebbe che la presenza di sali di calcio e lo stato circolatorio sono condizioni sufficienti perchè in determinate forme di tessuto connettivo si possa verificare l'ossificazione.

Rapporti su 157 casi di nevralgia studiati in riguardo alla cura.

Prof. ARRIGO TRUFFI. — Dopo avere constatato che allo stato attuale delle nostre conoscenze scientifiche, per comune consenso, si considerano le nevralgie all'infuori delle sintomatiche, come malattie di difficile cura, l'O. si sforza di dimostrare l'erroneità di questo concetto. Nel quadriennio 1924 e 1927 esso ha osservato 157 nevralgie. A 28 di queste non ha prescritto cura: di altre 27 non conosce l'esito finale. Rimangono 102 casi curati più o meno a fondo, di cui 94 sono guariti perfettamente, 5 sono rimasti immutati e 3 hanno subìto un miglioramento. Le 8 forme non guarite hanno subìto cure incomplete.

Tutti i casi curati a fondo sono guariti. I mezzi di cura sono principalmente radio-terapia e proteino-terapia.

Non pretende di affermare la guaribilità di tutte le nevralgie: scopo dell'O. è di togliere alla cura di queste malattie di carattere assolutamente empirico ed antiscientifico che ancora oggi conservano.

Il Segretario: Dott. E. ETTORRE.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 16 marzo 1928.

Presidente: Prof. A. FERRATA.

Sul comportamento del tempo di emorragia e della retrazione del coagulo in condizioni normali, patologiche e sperimentali (splenectomia, raggi X, somministrazioni di calcio).

GIUSEPPE SALVATORE DONATI. — L'O. riferisce le sue ricerche atte a stabilire quali siano i valori del tempo di emorragia negli individui normali e quali le variazioni di esso quando lo si misuri contemporaneamente in regioni diverse dell'organismo, sia in casi normali che in casi patologici. Inoltre egli ha esaminato numerosi e svariati casi di porpore e di altre forme morbose avendo cura di determinare in esse il comportamento del tempo di emorragia, della retrazione del coagulo e delle piastrine; ha cercato di vedere se tanto le applicazioni di raggi X quanto le somministrazioni di calcio quanto la splenectomia eseguita su animali normali abbiano influenza sulla durata di tempo di emorragia e sulla retrazione del coagulo.

E giunge alle seguenti conclusioni:

1) i valori medi del tempo di emorragia negli individui normali variano da 30'' a 6';

2) non esistono grandi variazioni del tempo di emorragia determinato contemporaneamente in diverse regioni di organismi in condizioni normali; esistono invece ma non sono molto notevoli in casi patologici;

3) nè raggi X nè calcio modificano il tempo di emorragia; la retrazione invece per tali fattori si fa più rapida ed estesa;

4) mentre la splenectomia eseguita su animali normali non modifica il tempo di emorragia modifica invece, la retrazione che si fa infatti più rapida;

5) non esiste sempre corrispondenza fra intensità di piastrinopenia e prolungamento del tempo di emorragia.

Sulla ripartizione e localizzazione dell'arsenico nell'organismo.

A. MANTEGAZZA. — L'O. ha fatto esperienze sui conigli iniettando intravene dosi rapidamente letali di anidride arseniosa, determinando in seguito la quantità di arsenico contenuta nei vari organi. Ha trovato che in tali condizioni il veleno si diffonde in maggiore o minor grado in tutti i tessuti dell'organismo: la maggior parte dell'arsenico si ritrova nel fegato, nei reni e nei muscoli, quantità inferiori nel tubo gastro-enterico e solamente tracce nel cervello.

Il Segretario: Dott. FRANCESCO RICCI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Il cuore nell'ipertensione.

Non è raro negli ipertesi il dolore precordiale, specie alla punta, ma talora alla base, anche all'infuori di ogni accesso di angina pectoris. D'altra parte quasi tutti gli anginosi sono ipertesi. Negli ipertesi non sono rari edemi agli arti inferiori: più di rado può presentarsi edema polmonare.

La quasi totalità degli ipertesi presenta una ipertrofia di cuore, specie a carico del ventricolo sinistro. Anche nell'elettrocardiogramma vi è prevalenza del cuore sinistro, ma talora ciò non si osserva, anche in casi con ventricolo sinistro evidentemente aumentato di volume: in tali casi vi è ipertrofia anche del cuore destro, o l'asse del cuore è spostato.

In molti ipertesi l'aorta è allungata e tortuosa, ciò che si manifesta con un aumento dell'ottusità sopracardiaca, specie nel secondo spazio di sinistra. Ai raggi si nota frequentemente un'iperpulsabilità, più di rado una dilatazione dell'aorta. Alla base del cuore non è raro udire rumori sistolici, dolci o rudi, che possono udirsi anche sui vasi del collo. Talora alla base si ode un lieve rumore diastolico: all'autopsia non si è trovata la causa di questo rumore, che è probabilmente dovuto a insufficienza relativa dell'aorta o della polmonare. Talora alla punta si odono rumori sistolici, da insufficienza relativa della mitrale.

Il secondo tono aortico è quasi sempre accentuato e spesso sonoro. Il primo tono alla punta talora è debole, e ciò può indicare uno stato di debolezza del miocardio. Spesso si vede pulsare l'aorta al giugulo, ma anche più spesso si vede pulsare la succlavia destra, che è sollevata.

Aritmie non sono rare: frequenti sono le extrasistoli, meno frequente la fibrillazione auricolare, più rari gli accessi di tachicardia parossistica. Non tanto di rado si notano varie forme di blocco.

Nell'elettrocardiogramma l'inversione del T in prima derivazione aggrava la prognosi, se non è dovuta alla digitale.

Vi sono ipertesi che vivono oltre venti anni, ed altri che soccombono dopo due anni. Per la prognosi occorre tener conto della pressione sistolica (emorragia cerebrale!) ma anche molto della diastolica: più questa è alta, peggiore è la prognosi. Le condizioni delle coronarie e del miocardio devono pure esser tenute presenti nella prognosi.

Per la cura è essenziale il riposo, specie quello notturno, e dopo i pasti. Durante il giorno è utile un certo esercizio fisico, per mantenere il tono dei muscoli e del cuore.

La digitale, i diuretici, i vasodilatatori, i sedativi, si useranno volta a volta secondo i casi. Contro l'edema polmonare è utile la strofantina endovenosa, purchè il paziente non sia già digitalizzato. Il salasso può giovare in vari casi.

Per la prognosi e la terapia del singolo paziente è necessario tener presente tutto il complesso delle sue alterazioni e non la sola ipertensione. Così converrà esaminare reni, arterie, stato del cuore, disturbi del ricambio; spesso si tratta di sindromi triste.

(J. O' Hare e W. Walker. *Boston med. and Surg. Journ.*).

DORIA.

Le malattie valvolari del cuore con ipertensione arteriosa.

Non è raro di trovarsi dinnanzi ad un individuo con una lesione valvolare e con segni di ipertensione; il fatto si comprende se l'individuo ha avuto sifilide, ma non è sempre ben chiaro in assenza di tale causa.

Bisogna quindi pensare alla possibilità di una lesione renale che si innesta sulla malattia valvolare anteriore ed istituire in conseguenza il trattamento, badando soprattutto all'elemento renale. Si faranno quindi emissioni sanguigne e si prescriveranno i lassativi e la teobromina. Al minimo segno di dispnea o di frequenza del ritmo cardiaco, si farà inoltre la cura digitalinica (V gocce al mattino per 3-4 giorni la settimana).

(*Journ. des praticiens*, anno 41, n. 36).

fil.

Apertura del mediastino anteriore per accessi stenocardici da aneurisma aortico.

D. Giordano (*Rif. Medica*, n. 3, genn. 1928) riferisce d'un infermo inviato al reparto chirurgico per accessi stenocardici subentranti.

In due mesi di trattamento medico non essendosi ottenuto alcun risultato, si pensò di intervenire chirurgicamente con una simpaticectomia.

Nell'anamnesi del P. si trova una ulcera dura, con successiva R. W. positiva; fu ricoverato per dolori retrosternali, senso di costrizione alla regione cardiaca, senso di soffocazione.

Obbiettivamente presentava cianosi del viso; ipofonesi nelle reg. sopraspinose; ottusità retro-

sternale, con ingrandimento del fascio vascolare sopracardiaco.

Poichè la radiografia mostrava l'ombra d'un tumore, di densità diversa, dall'ectasia aortica, ed a questa sovrapposta, anzichè resecare il simpatico cervicale, l'A. pensò di scoprire il mediastino e andare sulla tumefazione.

Infatti con resezione trasversale del corpo sternale, delle seconde coste e delle clavicole, si ribattè in alto il lembo osteoplastico, mettendo in evidenza un aneurisma aortico, senza alcun tumore. L'aneurisma fu denudato, si praticò la simpaticectomia periaortica, o più precisamente preaneurismatica, con asportazione del lembo osteoplastico, e sutura dei tegumenti.

Dopo tale operazione il P. non avvertì più alcun disturbo o sofferenza, eccetto quelli legati all'aneurisma aortico.

CARUSI.

TERAPIA.

Il trattamento della foruncolosi.

Non bisogna dimenticare che la foruncolosi è spesso sostenuta da condizioni generali dell'organismo, dal diabete, da disturbi gastro-intestinali; la foruncolosi dei poppanti si trova sempre in bambini atrofici, denutriti; in parecchi casi, si tratta di scarsezza di anticorpi, la quale spiega la generalizzazione dei foruncoli.

La terapia del singolo foruncolo è puramente locale, mentre nella foruncolosi generalizzata, pure ricorrendo alla terapia generale, si dovrà trattare a parte ogni foruncolo. A. Brandweiner (*Wiener med. Wochens.*, 12 genn. 1928) raccomanda anzitutto l'uso dei pflaster e del caldo umido. Viene molto raccomandato da alcuni l'antivirus di Besredka in applicazioni locali, che avrebbe soprattutto il vantaggio di fare scomparire il dolore; in qualche caso, l'A. ha invece osservato il contrario ed i malati hanno dovuto sospendere l'applicazione di tale rimedio; ad ogni modo, la sua azione non va ritenuta specifica, ma semplicemente come una forma di proteinoterapia.

L'A. raccomanda quindi l'uso di cerotto diachilon od al sapone-acido salicilico (al 10 %), per mezzo del quale si ottiene la macerazione della pelle e la rapida fuoriuscita del pus e del cencio necrotico. È inutile fare, come viene consigliato da qualcuno, un foro nel cerotto, nel punto dove si ritiene che avverrà la perforazione del foruncolo e non si deve temere un'infezione della cute circostante da parte del pus che fuoriuscisse dal foruncolo e si raccogliesse sotto il cerotto; i nuovi foruncoli si formano sulla cute sana, non già su quella arrossata circostante al foruncolo.

Attorno al foruncolo, si applicano degli impacchi con acetato di alluminio, liquido di Burow e simili, ricoprendo poi il tutto con guttaperca laminata, in modo da formare un ambiente caldo-umido; sotto tale punto di vista; va bene anche il cataplasma di linseme, da applicarsi il più caldo che è possibile e da cambiarsi spesso. Invece gli impacchi all'acetato di allumina si ricambiano soltanto quando è scomparsa l'umidità.

Quando il foruncolo è rotto, si allontana il cerotto mediante benzina evitando poi la dolorosa compressione del foruncolo, in quanto che il pus ha tendenza ad uscire spontaneamente; è raro che si debba incidere il foruncolo e lo si farà soltanto in caso di febbre, ingorgo linfatico, o grande dolorabilità, specialmente se il foruncolo ha sede alle labbra; si tenga presente che la guarigione del foruncolo inciso è più lunga.

Importante è impedire la disseminazione dei foruncoli sulla cute sana, a tale scopo, non si usino i bagni al sapone o quelli al sublimato, ma la pulizia con benzina, seguita da ingrassamento della pelle con un unguento indifferente (lanolina od altro).

Il paziente dovrà curare molto la pulizia delle proprie mani, specialmente delle unghie, per evitare l'autoinfezione. Quando il foruncolo si sviluppa in regioni fornite di peli, si eviterà la rasatura, che provoca sempre piccole ferite e si taglieranno invece i peli assai corti mediante una forbice; in tali localizzazioni è anche raccomandabile l'applicazione di strisce di garza imbevute con ittiolo.

Nella foruncolosi dei poppanti, si curerà molto la pulizia: cambiamento frequente della biancheria, bagni giornalieri con aggiunta di 50 grammi di soluzione di Vlemingck (al solfuro di calcio). Assai utile è la terapia col peridrol; si spennellano con questo i foruncoli prima di aprirli, si spennella poi la cavità con un po' di cotone imbevuto di peridrol e si introduce poi in essa della garza allo iodoformio, al dermatolo oppure imbevuta con peridrol al 6 %. Si possono anche fare impacchi generali con peridrol al 6 %. Come trattamento ulteriore sono raccomandati i bagni solforati o l'unguento al 5 % di solfo. Importantissima è poi la terapia generale.

Si citano buoni risultati dell'autoemoterapia, da praticarsi con le consuete cautele di asepsi, introducendo il sangue sotto la pelle normale circostante il foruncolo.

Soltanto quando i foruncoli durano a lungo, recidivano e si diffondono, si ricorrerà alla tera-

pia generale, sia in forma di proteinoterapia, sia preferibilmente come vaccinoterapia, che dà guarigioni nel 20-30 % dei casi. Nessuna efficacia hanno i preparati a base di lievito di birra.

fil.

Il trattamento delle ustioni con l'acido tannico.

Il metodo, proposto da E. C. Davidson si pratica come segue. Si fa al malato un'iniezione di morfina che permette di calmare i dolori. Si procede in seguito alla pulizia accurata di tutta la superficie ustionata, che si ricopre con una medicazione a secco, sterile e fissata da fascie sterili. La medicazione è poi innaffiata con una soluzione di acido tannico, di concentrazione variabile da 0,75 a 5 %. La soluzione va preparata al momento dell'uso poichè è soggetta ad alterarsi.

Allo scopo di sorvegliare l'azione e per impedire una coagulazione troppo profonda, dopo 20-24 ore, si fanno delle piccole aperture nella medicazione e non appena si osserva il primo cambiamento di colore che diventa di un bruno caratteristico, si leva la medicazione. La ferita viene in seguito esposta all'aria, sotto un telaio protettore sterile. Nei casi più gravi, si continuerà la coagulazione ed il disseccamento delle ferite mediante bagni di aria calda.

In certi casi, la soluzione può essere sostituita da una pomata (con parti uguali di vaselina e lanolina), che ha però minor valore terapeutico.

Il trattamento locale va completato con quello generale, allo scopo di ristabilire l'equilibrio sanguigno: ingestioni di grandi quantità di liquido, iniezioni di siero fisiologico.

In generale, come osserva A. Floresco (*Gazette des hôpitaux*, 28 sett. 1927) la tannificazione completa di un'ustione, caratterizzata dalla comparsa di una crosta dura, uguale, che ricopre tutta la superficie della ferita si ottiene in 12-24 ore. In casi eccezionali di ustioni profonde, che interessano il cellulare sottocutaneo, sono necessarî alcuni giorni. L'esposizione consecutiva all'aria facilita la tannificazione.

Nelle ustioni profonde, le croste vanno levate chirurgicamente, facendo poi al più presto gli innesti sulla piaga; la precocità dell'innesto è il metodo migliore per prevenire la produzione di retrazioni e di aderenze cicatriziali.

Nel caso che compaiano segni di infezione nel trattamento di un'ustione profonda, si levano subito le croste e si istituisce un trattamento antiinfettivo.

L'acido tannico merita quindi di essere definitivamente accettato nel nostro arsenale terapeutico come il migliore rimedio contro le ustioni.

Sullo stesso argomento riferisce R. M. Gordon (*The Lancet*, 18 febbr. 1928) asserendo che tale applicazione ha il vantaggio di essere molto calmante per il dolore. Il coagulo che si forma costituisce un'efficace protezione per i tessuti sottostanti, la piaga rimane asciutta e si impedisce la formazione di cicatrici. L'A. consiglia l'uso di una soluzione a 2,5 %. *fil.*

Nelle piaghe ulcerose.

Trasformare la piaga ulcerosa in una piaga semplice, applicandovi la seguente pomata:

Cloruro di zinco	1 parte
Ossido di zinco	9 »

Acqua q. b. per ottenere la consistenza pastosa.

Lasciare la pomata 24 ore, e se vi è bisogno ripeterla. BALZER.

Cura del morso dei serpenti.

H. Wada (*Japan medical world*, 15 febbr. 1927) ha fatto una serie di ricerche sperimentali sull'uso del permanganato di potassio e dell'acqua ossigenata nella cura del morso dei serpenti. Ambedue queste sostanze sono capaci di neutralizzare in vitro la tossicità del veleno dell'Aglistrodon. Il coniglio (su cui l'A. ha praticato le sue ricerche) può sopravvivere se gli inietta nella ferita una soluzione di permanganato da 0,5 a 1 %, non più tardi di sette ore dopo il morso. L'azione di questo veleno è soprattutto locale. Le iniezioni di acqua ossigenata sono state riconosciute efficaci anche se iniettate più tardi, cioè dopo le nove ore; localmente tali iniezioni hanno prodotto soltanto lievi emorragie.

Le iniezioni sottocutanee di lobelina e quelle di canfora possono prolungare la sopravvivenza, ma non salvare l'animale. Però, se associate alle iniezioni degli altri preparati (permanganato, acqua ossigenata) ne coadiuvano l'azione.

Le iniezioni locali ed endovenose di cloruro di calcio, preconizzate da altri, non hanno dato alcun risultato all'A., nemmeno in vitro.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Gruppi sanguigni e disposizioni patologiche.

Le ricerche eseguite sulla ripartizione dei gruppi sanguigni hanno messo in evidenza la costanza del gruppo nello stesso individuo ed il suo significato etnografico. Hermann e J. Kronberg (*Münchener med. Wochens.* 10 giugno 1927) hanno tentato di stabilire la frequenza di questo o quel gruppo in individui con affezioni croniche ed hanno ricercato i possibili rapporti fra

gli stati patologici costituzionali ed i gruppi sanguigni.

Il più spesso, non si trova alcuna predominanza di uno o di un altro gruppo. Soltanto le sindromi tireotossiche sembrano verificarsi in modo quasi costante negli individui di gruppo O (classificazione di Landsteiner), fatto tanto più strano in quanto che i caratteri sanguigni sono di estrema variabilità fra i semplici gozzuti.

Queste osservazioni non possono considerarsi che come provvisorie, soprattutto per il non grande numero osservato (400 individui con 18 affezioni diverse).

fil.

Sulla equiparazione degli elementi piastrinici nei vari animali.

R. Marchesini (*Ricerche di Morfol.*, fasc. 3, vol. VII, 1928) in base a un lavoro eseguito sul sangue dei polli, resi patologici con catramazioni ripetute, viene a ribadire i varii lavori stampati in diversi giornali scientifici, con i quali ha sempre combattuto l'idea dei più, in riguardo alla essenza delle piastrine del sangue, che esse possano essere cioè elementi morfologici propri.

L'A. infatti ha sempre sostenuto che siano elementi dovuti alla distruzione di varie forme morfologiche ed in specie degli elementi rossi del sangue.

Nel lavoro attuale mostra come le piastrine degli uccelli non siano altro che nuclei di emazie che lentamente hanno perduto il loro protoplasma e dell'emazie non ne è rimasto che il nucleo contratto e rimpicciolito. Non sono perciò nuclei che *fuoriescono* dalle emazie, ma nuclei che restano liberi solo perchè il protoplasma delle cellule si disfà.

Compara questo procedimento a quello delle cellule anucleate dei mammiferi, cellule anucleate nel senso cromatico per scomparsa di cromatina, ma in cui lo stroma rimasto entra in parte e costituisce le piastrine, per il risultato del disfacimento ulteriore di dette cellule rosse.

Degli elementi piastrinici si sono occupati essenzialmente i patologi e ciò giustamente perchè la loro assenza ed il variare della loro quantità, è sempre in rapporto ad una alterazione avvenuta a carico degli elementi morfologici del sangue.

A. P.

VARIA.

Pro e contro il bacio.

C'è una nuova offensiva contro il bacio ed è iniziata dalla Facoltà di Medicina del Western State College di Gunnison, nel Colorado. E, anzi, lo stesso Preside della Facoltà che scrive ai giornali, dichiarando che, se si vuol salvaguardare seriamente la pubblica incolumità, bisogna proibire il bacio con una legge speciale. « Le labbra — egli sentenzia — sono un covo di microbi. Milioni addirittura. E tutti portatori di malattie contagiose. Baciate la bocca della vostra bella? I microbi dalle sue labbra si trasferiscono sulle vostre e voi siete fritto. Aspettatevi, per esempio, la febbre tifoidea. Ma non è tutto. Il bacio abbrevia di molto la vita. La ragione è semplice. Ogni bacio causa una palpitazione di cuore. E le palpitazioni di cuore accorciano la vita per lo meno di tre secondi ciascuna. Così che, se voi deste alla vostra innamorata 20 baci al giorno, ecco che accorcereste la vostra esistenza d'un minuto al giorno. Un minuto al giorno, 30 minuti al mese, 365 all'anno. Conclusione: in 40 anni, verreste a perdere tre mesi della vostra preziosa esistenza ». Sin qui il Preside della Facoltà di Gunnison. Ma due altri eminenti scienziati, il dottor Luigi Berman e il batteriologo Paolo de Kruif sono di tutt'altro parere. Il dott. Berman, anzi, qualifica come ridicola la teoria del Preside di Gunnison. Il bacio accorcia l'esistenza? Ma il bacio — dice il dott. Berman — è un desiderio legittimo e, spesso, una necessità. Di conseguenza, privarsene, vorrebbe dire soffocare delle nostre normali funzioni fisiche. Ora tutte le funzioni fisiche — ne converrà l'eminente Preside — debbono essere esplicate per vivere bene, a lungo.

Quanto a quel terribile veicolo d'infezione che sarebbe il bacio, il batteriologo Paolo de Kruif, intervistato da un giornalista, ha detto: « Non so perchè alcuni scienziati facciano tanto la voce grossa contro i microbi. La verità è che, se i medesimi si moltiplicano rapidamente, ancor più rapidamente muoiono. I bacilli delle labbra, per esempio, non possono vivere a lungo. Inoltre, a una temperatura al disotto di quella normale del nostro corpo, così presto si indeboliscono che, se anche arrivassero ad altre labbra, non potrebbero inocularvi il loro male. Il pericolo nel bacio, sì, c'è, ma è tanto remoto che la gente di sana costituzione può infischiarsene allegramente ».

E noi infischiamocene, e... baciamo quando propizia si presenta l'occasione. (Da « *L'Avvenire Sanit.* ».).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XIII. — Abuso del titolo di « professore ».

Fu iniziato procedimento penale contro Dal Castello per abuso dei titoli di professore e di dottore. Il Pretore di Verona ritenne non provata l'assunzione del titolo di dottore, ma provata quella dei titolo di professore e condannò l'imputato alla multa di L. 350 in applicazione dell'articolo 186 cod. pen. Dal Castello appellò deducendo che « allo stato della nostra legislazione, non poteva nella specie configurarsi il reato di cui all'art. 186 ». Il Tribunale assolse l'imputato ritenendo che il fatto con costituisse reato. La Corte di Cassazione, con sentenza 5 dicembre 1927, ha annullato il giudizio del Tribunale. Ne riferiamo le argomentazioni, trattandosi di un caso interessante, tanto più che la risoluzione del Collegio Supremo sembra non conforme alla dottrina prevalente. La massima può riassumersi così: Commette il reato previsto dall'art. 186 chi, senza essere abilitato all'insegnamento, si attribuisca la generica qualifica di professore. Ecco ora la motivazione della sentenza.

« Il Tribunale dichiarò non costituire reato il fatto addebitato al Dal Castello, ritenendo che, per potersi invocare la tutela sancita nell'art. 186 C. P., occorre che il titolo attribuitosi arbitrariamente sia tra quelli conferiti direttamente dalla pubblica potestà e che si riferiscano a professioni vigilate dallo Stato, come quelle di ingegnere, geometra, ecc., il che non si verifica pel titolo indeterminato di professore, che può rappresentare soltanto vanità e mezzo per commettere alcuni reati.

« Diversamente, invece, da quanto ritiene il Tribunale, è da rilevare che in argomento non si deve fermarsi unicamente sul significato grammaticale ed etimologico della parola professore (sul quale, del resto, neppure sono tutti ed interamente concordi i lessici più autorevoli), ma invece stabilire se, attualmente e sopratutto in relazione agli ordinamenti della istruzione pubblica, professore possa chiamarsi chiunque abbia vaghezza od interesse lecito od illecito di dirsi tale, ovvero soltanto chi appartenga a determinata categoria di professionisti, esercitando, od avendo legale facoltà di esercitare, determinata professione.

« Ora, quando l'insegnamento è regolato nel pubblico interesse in modo che non possa essere impartito se non da chi, in seguito a titolo accademico o ad esame o ad altra forma di legale riconoscimento, sia ufficialmente dichiarato in possesso dei requisiti necessari; quando (e qui è proprio incomprensibile l'argomentazione in contrario della sentenza impugnata) l'insegnamento e gli insegnanti, non escluso l'insegnamento privato, sono sottoposti a continua vigilanza da parte dello Stato; quando molteplici norme stabiliscono quali tra gli insegnanti possono chiamarsi maestri e quali professori, nonchè le speciali qualifiche che agli uni e agli altri spettano, secondo la materia di insegnamento ed il grado dell'insegnante — ne consegue che professore, in relazione al la legislazione vigente, è colui che dalla stessa ha facoltà di insegnare e che, nelle norme regolanti l'insegnamento cui è abilitato e la sua professione, è qualificato come professore. Quindi, chi scientemente si arroga il titolo di professore incorre nella sanzione di cui all'art. 186 C. P. Nè vale l'opporre, in contrario, sia usanze generali o locali, per cui si chiamano professori alcuni professionisti che professori, per quanto innanzi si è detto, non possono ritenersi nei sensi di legge, sia che la giurisprudenza (per quanto non copiosa e, quella della Cassazione, neppur recente) e, sopratutto, la dottrina, hanno prevalentemente largheggiato nell'indulgere in materia.

« Potevano e possono, coloro cui è affidata l'altissima missione dell'insegnamento, non curarsi dei vanesii e degli imbroglioni che si arrogano il titolo di professore; ma il giudice deve aver sempre presente la dignità di tale titolo ed il fatto voluto dall'usurpatore, tutelando anche in riguardo alla denominazione professionale coloro che, per incarico dell'autorità, si dedicano alla istruzione ed alla educazione dei giovani.

« Difatti, questo S. C. ebbe già occasione, piuttosto recente, di affermare che bene è condannato pel reato di cui all'art. 186 C. P. colui che in un avviso di pubblicità in un giornale si assuma il titolo di professore ed ostenti di avere compiuto studi anche di chirurgia e di possedere i relativi titoli (28 maggio 1924, Bartolozzi, *Giust. pen.*, 1924, col. 764, m. 435), il detto articolo tutelando appunto il diritto professionale di chi tali titoli possiede e la buona fede dei privati contro chi può sorprenderla con il far credere di possedere legittimamente i titoli stessi.

« Ed ora che lo Stato, smessa, fortunatamente, ogni demagogica noncuranza, stabilisce nettamente i diritti e i doveri delle varie categorie dei professionisti, è bene esplicitamente affermare che, anche per ciò che riguarda il titolo di professore, non manca ad una classe, che ha tante beneme-

---

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

renze ed in cui tanta fiducia si ripone per l'avvenire, la tutela della legge contro chi, senza avervi diritto, tale titolo si arroghi, per fini sempre illeciti, spesso indegni e che, molte volte, costituiscono persino mezzi per volgarissimi reati.

« Da tutto quanto si è detto consegue che, senza che occorra passare all'esame del secondo mezzo, si deve accogliere il ricorso, annullando, con rinvio, la sentenza impugnata ».

XIV. — Accertamenti tecnici degli effetti dell'infortunio.

Si è svolto un giudizio interessante circa il nesso di causalità tra l'infortunio e gli effetti di esso. La tesi che il magistrato ha esaminato è questa: se, per precedente malattia, la funzionalità di un organo sia stata già ridotta e poi sopravvenga un infortunio, l'infortunato non può essere indennizzato per quella parte di inabilità che dipende dalla precedente malattia; si deve in tal caso accertare se e in quale misura la minorata funzionalità dell'organo dipenda dalla malattia o dall'infortunio; questa ipotesi è distinta da quella dell'aggravamento delle conseguenze determinato da uno stato patologico e latente che non aveva però prodotto inabilità valutabile di un organo o di un arto e solo in occasione di un trauma ne aggrava le conseguenze (concausa).

Questa tesi non è stata accolta.

Si è osservato che, se la condizione morbosa preesistente diminuiva la capacità lavorativa dell'operaio, era ridotto in proporzione il salario; e poichè l'indennità è commisurata a questo, essa corrisponde, almeno teoricamente, a quella forza di lavoro che l'infortunio ha vulnerato; se, invece, la condizione morbosa non pregiudicava l'attitudine al lavoro, la indennità deve essere ragguagliata alla perdita realmente sofferta, che si riferisce alla capacità di lavoro e al salario nella sua integrità. Dunque, si devono tener presenti due elementi: la entità *dell'effetto* dell'infortunio (morte, inabilità permanente o parziale); la entità della capacità lavorativa *desunta dai salari* corrisposti all'operaio nel tempo anteriore all'infortunio. Il certificato deve indicare la specie e il grado della inabilità, i motivi per i quali quella e questa furono accertate.

Le conseguenze dell'infortunio sono riconosciute e dichiarate in base a giudizio tecnico. Anche recentemente, la Corte di Cassazione, con sentenza 2 dicembre 1927, n. 3788, ha distinto la prova del fatto dalla determinazione degli effetti lesivi. L'interrogatorio, le presunzioni, le prove testimoniali possono essere utili per stabilire il fatto, nelle sue circostanze di tempo, di modo e di luogo, ma il nesso di causalità tra l'infortunio e le conseguenze che ne derivano, è oggetto di un giudizio tecnico sanitario, richiedendo speciali cognizioni per la indagine e l'accertamento.

XV. — Effetti dell'annullamento della dimissione per fine del periodo di prova.

Un sanitario condotto fu licenziato per fine del periodo di prova; ma questa deliberazione fu annullata in sede giurisdizionale. Successivamente il Consorzio « *confermò* » la precedente deliberazione in forma legale, non ripetendo cioè quei vizi che erano stati causa dell'annullamento della prima deliberazione. Ma anche la seconda fu annullata, con decisione del Consiglio di Stato (Sez. V) 6 maggio 1927 n. 274, essendosi considerato che, annullata la prima deliberazione, si perfezionò il diritto di stabilità e l'impiegato non poteva essere più licenziato per fine di prova. Nè giova opporre che la deliberazione fu annullata per semplice vizio di forma, (licenziamento deliberato in seduta segreta) e rimane sempre l'avvenuta manifestazione di volontà diretta al licenziamento, essendo indifferente che l'annullamento di un atto derivi da vizio formale o da motivi che ne vulnerino il contenuto sostanziale. Dichiarato nullo un provvedimento dal competente organo giurisdizionale, lo si deve considerare come se non fosse mai esistito.

Il Consiglio di Stato (o la G. P. A.), annullando una deliberazione di licenziamento, può accogliere la domanda relativa al pagamento degli stipendi arretrati e delle altre competenze derivanti dal rapporto d'impiego, essendo ciò diretta e necessaria conseguenza dell'accoglimento del ricorso. Rientra invece nella competenza dell'autorità giudiziaria la domanda di risarcimento di danni e in quella dell'autorità amministrativa e di tutela il provvedimento di pura esecuzione, cioè l'iscrizione delle somme in bilancio, la emissione dei mandati d'ufficio, ecc.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con la decisione sopra indicata, riafferma la sua giurisprudenza, la quale tende ormai a stabilizzarsi nel senso già riferito. In sostanza, si distingue la *causa* del diritto agli stipendi arretrati, i quali sono dovuti come conseguenza necessaria dell'annullamento, da quella dei danni per fatto illecito, cioè dalle altre conseguenze del provvedimento amministrativo annullato. Poichè, però, la decisione del Consiglio di Stato non costituisce titolo esecutivo se non per la condanna alle spese, con essa si dichiara una conseguenza dell'annullamento, per la quale la esecuzione avviene in sede amministrativa: o per adempimento del Comune stesso o per intervento dell'autorità tutoria.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

La riunione del Direttorio nazionale dei medici condotti.

Il 6 corr. si è riunito a Roma, nei locali della Associazione generale, il Direttorio nazionale dell'Associazione medici condotti, sotto la presidenza del cav. Bellet, segretario della Sezione enti locali.

Erano presenti: il comm. A. Vacino, segretario nazionale, il comm. Arnaldo Lusignoli, vice-segretario nazionale, il segretario amministrativo dott. Alzona Cesare, i dottori Carobbio Daniele, Annibaldi Giovanni, Bicchi Olinto, comm. Brignoli Angelo, Cruccu Virgilio, Feraco Emidio, Francesconi Alberto, Genta Giulio, Petti Alfonso, Ronconi Euclide, Urso Cosimo.

Il Direttorio ha discusso, anzitutto, la relazione del dott. Vacino sulla situazione organizzativa dell'Associazione che è risultata ottima sotto ogni riguardo per il notevole aumento d'inscritti in confronto al 1927, tanto che ormai si può considerare inquadrata la quasi totalità della categoria.

Per le provincie di Bolzano, Pistoia, Nuoro, Reggio Calabria sono stati approvati i provvedimenti già presi dal segretario nazionale.

Sono passati quindi all'esame gli altri argomenti posti all'ordine del giorno e di particolare interesse per la categoria: l'assicurazione contro la tubercolosi e contro le malattie, le mutue sanitarie, le pensioni, la riduzione delle condotte, i nuovi Consorzi, i rapporti con l'O. N. D. L., l'Opera maternità ed infanzia, la Federazione contro la tubercolosi, ecc.

All'ultima riunione del Direttorio, accolto con viva simpatia, ha preso parte il segretario generale dell'A. G. F. P. I., comm. Aldo Lusignoli — recentemente chiamato a far parte della commissione reale per lo studio del progetto di legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie. Egli ha fatto importanti dichiarazioni circa tale progetto e riguardo la particolare posizione che verranno ad assumere i medici condotti.

Il Direttorio infine ha discusso ampiamente sulle proposte per lo schema di legge per lo stato giuridico dei dipendenti Enti locali ed ha discusso la data definitiva del Congresso nazionale.

La stampa sanitaria nell'organizzazione della stampa.

Con R. Decreto 26 febbraio 1928, n. 384, l'esercizio della professione di giornalisti nei periodici del Regno e delle Colonie è consentito solamente agli iscritti nell'albo professionale. La tenuta dell'albo e la disciplina degli iscritti sono affidate ai Sindacati regionali fascisti, che l'esercitano a mezzo di un Comitato di cinque membri, nominati dal Ministro per la giustizia, d'intesa con i Ministri per l'interno e per le corporazioni.

Il Comitato elegge nel suo seno il presidente e il segretario. Esso decide a maggioranza e, in caso di parità di voti, prevale quello del presidente.

L'albo dei giornalisti è composto di tre elenchi: uno di professionisti, l'altro di praticanti, il terzo di pubblicisti. Nell'elenco dei professionisti possono essere iscritti soltanto coloro che da almeno diciotto mesi esercitano esclusivamente la professione di giornalista.

Nell'elenco dei praticanti possono essere iscritti coloro che esercitano esclusivamente la professione di giornalista, ma non abbiano raggiunta l'anzianità di 18 mesi o i 21 anni di età.

Nell'elenco dei pubblicisti possono essere iscritti coloro che esercitano oltre l'attività retribuita di giornalista, anche altre attività o altre professioni.

All'albo dei giornalisti è annesso un elenco speciale nel quale sono iscritti coloro che, pure non esercitando l'attività retribuita di giornalista, attendano alla pubblicazione ed assumano la responsabilità come direttori o redattori di riviste scientifiche o tecniche, escluse quelle sportive e cinematografiche o di pubblicazioni periodiche prive di carattere concettuale o aventi semplici finalità commerciali. Quando si controverta sulla natura della pubblicazione decide irrevocabilmente, su ricorso dell'interessato o del Direttorio regionale dei giornalisti, una Commissione superiore, che ha sede presso il Ministero della giustizia.

Coloro che esercitano attività retribuite rientrano nelle precedenti categorie.

La iscrizione nell'albo è deliberata dal Comitato su domanda dell'interessato.

Le decisioni della Giunta del Sindacato relative all'iscrizione possono essere oppugnate appellandosi in prima istanza alla Commissione superiore e in seconda istanza alle Sezioni Unite della Corte di Cassazione.

In nessun caso possono essere iscritti e, qualora vi si trovino iscritti, devono essere cancellati coloro che abbiano svolto una pubblica attività in contraddizione con gl'interessi della Nazione. La cancellazione ha luogo in seguito a procedimento disciplinare di ufficio o su richiesta del Prefetto della provincia dove l'iscritto risiede.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Amministrazione Provinciale.* — È nuovamente aperto il concorso ai posti medico coadiutore, assist. sez. medico-micrograf. nel Laborat. provinc. d'igiene e profilassi. Coadiut., stip. lire 12,000, serv. att. L. 2040, 12 % proventi Sezione; assist. L. 10,000, L. 1700 e 10 %. Scad. ore 17 del 30 giugno. Chied. Manifesto Segreteria provinciale.

AVELLINO. *R. Prefettura.* — Uff. san. per 2 consorzi; L. 6500 e L. 5000 rispettivam., più lire 3000 cavalc.

BARREA (*Aquila*). — Al 31 mag.; L. 9500 e 8 trienni ventes.; riconoscim. 12 anni; addizion. L. 2 oltre i 2000 pov.; tassa L. 50.

BASSANO VENETO. *Ospedale Civile.* — Assistente med. chir. Chiusura 9 giugno.

BENEVENTO. *R. Prefettura.* — Uff. san. consorzio S. Giorgio la Montagna e altri 3 Com., ab. 11300, superf. 21500 ha. circa; L. 5000 iniziali oltre L. 2000 trasp.; doc. a 3 mesi dal 1° mag.; titoli ed esami; chied. annunzio; scad. 45 gg. dal 1° maggio; tassa L. 50.20.

BERGAMO. *Municipio.* — A tutto 30 mag.; VII condotta; L. 7000, oltre L. 1440 serv. att. (L. 1940 dopo biennio di prova); aumenti di grado fino a L. 13.000, oltre L. 2240 serv. att.; tassa L. 50.10.

BIELLA. *Santuario di N. S. d'Oropa.* — Medico chirurgo residente; età lim. 60 a.; altitud. 1100 m.; popolaz. stab. 160; nella stagione estiva circa 2000 pers. al giorno; L. 10.500 e 10 bienni ventes., alloggio di 5 camere, illuminaz., riscaldam.; cura gratuita al personale ecclesiastico e amministraz. e ai poveri eventuali. Scad. 3 giu.; assunz. 3 giu. Posto adatto a medico anziano che volesse riposare piuttosto che ad un giovane. Rivolgersi all'Amministrazione, via Duomo 5, Biella.

BITTI (*Sassari*). — Uff. san.; L. 3000 (*sic*); rivolgersi Segret. com.

BOLZANO (*Trento*). — Previa revoca precedente concorso, è stato bandito nuovo concorso a direttore Dispensario celtico presso l'Ospedale. Ferme rimanendo altre condizioni, è stato tolto l'obbligo di produrre il diploma di specialità in clinica dermosifilopatica ed è fissata in 5 anni la durata della prima nomina e delle conferme. Rivolgersi al Podestà.

CAPIZZONE (*Bergamo*). — Scad. 31 mag.; consorzio; L. 8000 e 5 quinquenni dec.; c.-v.; tassa L. 50.15.

CARRO (*La Spezia*). — A tutto 31 mag.; L. 8200 per circa 43 pov., L. 300 bicicl., L. 200 (*sic*) uff. san.; età 25-35 a.; riconoscim. metà servizi anter.; tassa L. 50.10; chied. annunzio.

CASTEL DI LAMA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 15 giu.; L. 8500; addizion. L. 3 oltre il 25 % della popolaz. e L. 4 oltre i 1000; indenn. laurea L. 500; trasp. L. 2700; 5 quadrienni dec.; tassa L. 50.20.

COMACCHIO (*Ferrara*). — Per S. Giuseppe; lire 10.000 oltre L. 3000 assegno complement., lire 2500 cav. (in corso aument. a L. 3500); scad. ore 18 del 15 giu.; età lim. 35 (40) a.; tassa lire 50.05; docum. a 3 mesi dal 7 mag.

COPPARO (*Ferrara*). — A tutto 7 giu., 2ª condotta capoluogo; età lim. 35 a.; docum. a 4 mesi dal 1° mag.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre assegno complement. L. 2520 e L. 2500 cav., addizion. L. 3 oltre i 1000 pov.; tassa L. 50.

DOMODOSSOLA (*Novara*). *Spedale di S. Biagio.* — Scad. 25 mag.; primario di chirurgia; L. 2280 oltre 50 % proventi; per il 1° biennio l'amministrazione si obbliga di completare la somma di L. 18.000 annue se non venisse raggiunta; tassa L. 50.

FIVIZZANO (*Massa Carrara*). — Scad. 31 mag.; 3ª zona; L. 9000 oltre L. 1500 cav.; ab. 4107 in 9 frazioni.

FORLÌ. — Scad. 15 giu.; per S. Martino; lire 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 trasp.; età lim. 39 a.; tassa L. 50; riconosc. serv. superiore ai 15 a.

GREVE (*Firenze*). — Scad. 31 mag.; per Lucolena; L. 8500 e 8 trienni dec., c.-v.; L. 3000 (variab.) per trasporto; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

GROSSETO. *R. Spedale della Misericordia.* — Aiuto chirurgo-radiologo; L. 7680, indenn. complementare L. 1459.20, 5 quadrienni dec., c.-v., 15 % tasse di cura; età 27-35 a.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50. Rivolgersi Congregaz. di Carità. Scad. 40 giorni dal 26 apr.

LASTRA A SIGNA (*Firenze*). — A ore 18 del 31 mag. (proroga); due condotte; L. 8500 e 8 trienni decimo; riconoscim. 4 trienni a L. 600; c.-v.; L. 750 indennità trasp. (variabile); tassa L. 50; chiedere annunzio.

LOZZO ATESTINO (*Padova*). — A tutto 30 mag.; L. 10.000 oltre L. 600 uff. san.; c.-v.; L. 3000 cav.; abitaz. dietro fitto di L. 1200; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

MASSA. *Deputaz. Provinciale.* — Scad. 31 mag. Direttore della Sez. medico-micrograf. e direttore della Sez. chimica del Laborat. d'Igiene e Profilassi, con sede attuale in Carrara; L. 15.000 e 10 bienni ventes., c.-v.; eventualm. 25 % utili netti.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Assistente dell'Ambulatorio Comunale Oftalmoiatrico per i bambini delle scuole e i poveri del Comune, gestito dal Consiglio Ospitaliero; nom. annuale, conferme biennali; scad. ore 16 del 9 giu.; docum. all'Ufficio di Protocollo (via Ospedale 5); tassa lire 50; serv. entro 15 gg.; età lim. 39 a.; chied. annunzio.

MONTALCINO (*Siena*). — Scad. 25 mag.; per Torrenicri; L. 8000 e 2220 indenn. supplementare, L. 3500 cav., 6 quadrienni dec.; tassa L. 50.15.

MONTEGIBERTO (*Ascoli Piceno*). — A tutto 31 mag.; L. 9000 pel 25 % della popol.; L. 500 ind. laurea; L. 2500 cav.; L. 1000 indenn. forese; L. 500 uff. san.; 5 quadrienni dec.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 15 aprile; età lim. 45 a.

MUSSOLENTE (*Vicenza*). — Scad. 15 giu., lire 8000 oltre L. 1200 serv. att., indenn. uff. san., mezzo trasp., conveniente alloggio.

ORANI (*Nuoro*). — Scad. 30 mag.; uff. san.; L. 3000 (*sic*); età lim. 45 a. Rivolgersi segretario com.

ORZIVECCHI (*Brescia*). — Scad. 31 mag.; con Ludriano; L. 9000 oltre L. 600 uff. san., L. 3000 trasp., c.-v.; tassa L. 50.

PADOVA. *Manicomio Provinciale.* — Direttore, titoli scientifici e pratici; L. 18,600 e 6 aumenti periodici decimo; alloggio per famiglia, luce, riscaldamento, assicuraz. infortuni; c.-v.; età lim. 40 a.; quadriennio in manicomi o cliniche psichiatriche; tassa L. 50; scad. ore 17 del 31 mag.

PAGANI (*Salerno*). — Scad. 30 mag.; L. 6000 (*sic*) e 4 quadrienni dec.; età lim. 50 a.; tassa L. 50.

PERGOLA (*Pesaro Urbino*). — 3ª cond., per 9 fraz.; a ore 12 del 20 giu.; età lim. 40 a.; doc.

a 6 mesi dal 1° mag.; L. 8000 oltre L. 3500 (rivedibili) cavalc., c.-v., addizion. L. 2 oltre i 500 pov. e L. 3 oltre i 1000, 5 quadrienni dec.; tassa L. 50.10; chied. annunzio.

PIOMBINO. *Ospedale Vitt. Em. III.* — Assistente med.-chir.; L. 4000 e 5 quadrienni dec., vitto, camera con obbligo di pernottaz., compartecipaz. 5-15 % varî proventi; doc. alla Congregaz. di Carità entro il 31 mag.; età lim. 32 a.; tassa L. 50.10; titoli; l'Amministraz. si riserva il diritto insindacabile di non fare la nomina. Chied. annunzio.

POFI (*Roma*). — Al 30 mag.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; c.-v. L. 840 se coniugato.

REGGIO CALABRIA. *Amministrazione Provinciale.* — Concorso per esame e titoli a direttore, coadiutore e assistente per la sezione medico-micrografica; direttore, coadiutore e assistente per la sezione chimica; preparatore per entrambe le sezioni del Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi. L. 16.000 per i direttori, oltre L. 4200 indennità di serv. att.; L. 13.700 per i coadiutori, oltre L. 3500 indennità serv. att.; L. 11.600 per gli assistenti, oltre L. 2800 indennità serv. att.; L. 7000 per il preparatore, oltre L. 1700 indennità serv. att.; c.-v. Scad. 22 giu.

ROIATE (*Roma*). — A tutto 31 mag.; L. 10.500 oltre L. 400 se uff. san.; chied. annunzio.

ROMA. — Medico assistente per l'Ospedale Oftalmico dei poveri della Provincia (via Gianicolo 1); L. 2280 annue oltre L. 200 indenn. resid., eventuale premio di cointeressenza. Scad. 30 mag.

ROMANO DI LOMBARDIA (*Bergamo*). *Ospedale Civile SS. Trinità.* — Medico chirurgo direttore; doc. a 3 mesi dal 1° apr.; età 30-40 a. salvo eccez. regol.; titoli; nom. biennale, conferma per 5 anni, riconferma a vita; accettaz. entro 15 gg., assunz. serv. entro 30; L. 12,000 oltre L. 2000 serv. att.; diritto a due camere nell'Ospedale. Ab. 8000; osped. di 70 letti. Scad. 31 mag.

ROVATO (*Brescia*). — A tutto 31 mag.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15; stip. L. 9000 e 6 quinq. decimo, oltre c.-v. e L. 3000 cavalc. o automob.

SESTO S. GIOVANNI (*Milano*). — Scad. 31 mag.; uff. san. capo Servizio Igiene; L. 10.500 oltre L. 4000 indenn. serv. e L. 1500 trasp.; titoli ed esami; chied. annunzio Segret. com.

TRENTO. *Ammin. Provinc.* — Scad. 30 mag.; assistente alla Sez. med. micrograf. e antirabbica del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; L. 11.600 e aumenti periodici, oltre L. 2800 serv. att.; età lim. 35 a.; dom.

TRIPOLI. — Direttore Dispensario Antitubercolare; L. 14,000 e 5 quadrienni dec., oltre indenn. resid. eguale a metà stipendio; se conoscenza lingua araba L. 1000; scad. 15 lug.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15; deposito reperibile di L. 1000; chied. annunzio; rivolgersi al Municipio.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Aiuto nella Divisione Chirurgica IIª; L. 4560 per i coniugati, L. 4200 per i celibi; nom. e conferma biennali; tassa L. 50; età lim. 35 a.; titoli ed esami; chiedere annunzio. Scad. ore 17 del 30 mag.

CONCORSI A PREMIO.

Fondazione Mazzoni.

È aperto il concorso, presso la R. Università di Roma, ad un premio della Fondazione « Gaetano Mazzoni », consistente nella rendita del capitale di L. 50.000. Il premio sarà conferito a quello studente della Facoltà di medicina e chirurgia di Roma che avrà ottenuto il maggior numero di punti e di lodi complessivamente negli esami di profitto e in quello di laurea. L'aggiudicazione del premio avverrà entro il dicembre 1928; il termine di presentazione delle domande al Rettore scade il 31 luglio 1928.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà Medica della R. Università di Palermo, ha chiamato alla Cattedra di Clinica Pediatrica, già occupata dal prof. Giovanni Di Cristina, il prof. Sebastiano Cannata, ordinario di Clinica Pediatrica nella R. Università di Messina ove ha insegnato otto anni.

A far parte della Commissione internazionale che deve procedere all'assegnazione del premio Kraepelin stabilito dalla Hirnforschungs Anstalt di Monaco, è stato chiamato il prof. G. Mingazzini. La cerimonia dell'assegnazione del premio sarà fatta a Monaco il 13 giugno p. venturo.

Il premio della fondazione Clementi, dell'Università di Catania, per l'anno 1928, è stato assegnato ai dottori Reitano e Barletta.

In seguito a concorso nel quale è risultato primo su dodici concorrenti, il dott. Cesare Bartolotti, docente di patologia medica nell'Università di Roma e direttore incaricato del Sanatorio di Cuasso al Monte, è stato nominato direttore del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Macerata ed ha accettato la nomina.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Firenze.

I proff. V. Putti e V. Ascoli alla Scuola di Sanità Militare.

Nel trattare il tema « Lomboartriti e sciatalgie » il prof. Putti si è particolarmente preoccupato di mettere in rilievo l'importanza che, in siffatte affezioni, vengono ad assumere i reperti delle radiografie, quando queste siano eseguite con tecnica impeccabile e opportunamente interpretate. Infatti esse dimostrano quasi sempre uno stato di alterazione che spesso insorge sopra anomalie congenite di tròpismo frequentemente riscontrabili. A sostegno di questa tesi l'O. ha fatto proiettare numerose radiografie nelle quali emergeva l'evidenza di tali anomalie ed alterazioni.

In base a tali reperti deve essere condotta la cura che si fonda essenzialmente sulla termoterapia e immobilizzazione progressiva e razionale con

applicazioni temporanee di corsetto; ove questi metodi non sortano resultato si può avere la guarigione ricorrendo ad un atto operatorio.

*
* *

Sulla «Terzana maligna» ha parlato il prof. V. Ascoli. Dopo un breve esordio l'O. rende ragione dell'uso dei due termini *terzana* e *maligna* onde egli definisce le specie di malaria di cui tratta. Essa è dovuta al plasmodium praecox, del quale ricorda sommariamente i caratteri.

Si sofferma quindi sull'importanza dei caratteri che sono essenziali della febbre malarica: la *intermittenza* e la *periodicità*.

Il tipo di febbre più comune nella terzana maligna descritta da Marchiafava viene dall'O. considerato non come primitivo, elementare, ma come secondario, dovuto alla *subintranza* (accoppiamento) di due accessi. Dimostra ciò con molti tracciati, e spiega come da esso si giunga alle subcontinue.

Analizza quindi le ragioni della maggiore gravità della terzana maligna prendendo in considerazione la distruzione dei globuli rossi, i disturbi circolatori, i respiratori, i disturbi del simpatico, i disturbi meningei, le trombosi parassitarie.

Dimostra i fatti essenziali mediante numerose e lucide diapositive. Da tutte queste alterazioni organiche e funzionali l'O. deriva l'interpretazione di tre gruppi principali di sintomi degli accessi malarici: gastro-intestinali, nerveo-simpatici, cardiaci. Questi tre gruppi di alterazioni stanno a fondamento delle perniciose.

L'O. conclude con l'osservazione che le profonde perturbazioni concomitanti alla malaria grave e perniciosa impongono che nella cura bisogna bensì preoccuparsi del rimedio specifico, ma tenere in gran conto i disturbi singoli e soprattutto la depressione del circolo sanguigno. P. C.

Da Palermo.

L'inaugurazione del XXI Congresso della Associazione Oftalmologica Italiana in Palermo.

Il giorno 3 corr. mese, nell'Aula Magna di questa R. Università è stato inaugurato il XXI Congresso dell'Associazione Oftalmologica Italiana risorta dopo un lungo periodo di sosta nella sua attività, essendosi tenuta l'ultima sua riunione nel 1915 qui in Palermo.

Tutte le autorità civili e militari della città, il Rettore, l'intera Facoltà medica, liberi docenti e numerosissimi medici furono presenti e numerosissimi furono anche gli intervenuti provenienti da altre città sì da dire che non mancasse alcuna rappresentanza di università, di scuola o di liberi esercenti. Hanno aderito anche il prof. Fuchs di Vienna, e i proff. Ascher di Praga, Dinulescu di Bukarest, Gonin di Losanna, Griffith di Londra, Meisner di Greifswald, Seefelder di Innsbruck, Lagrange di Parigi, i quali tutti hanno avuto parole di viva simpatia per la ricostituzione della Associazione Oftalmologica Italiana.

Il Podestà ha rivolto il saluto di Palermo ed il Rettore quello dell'Università, indi il prof. Lodato, presidente del Comitato ordinatore, ha parlato sul significato della riunione, che significa riconsacrazione dell'antica Associazione oftalmologica italiana, che fondata nel 1869 da medici Napolitani, Alessandro Quadri e Giuseppe Mayne, visse di vita gloriosa fino al 1911 e durante tal periodo furono tenuti periodicamente Congressi nelle varie città d'Italia nei quali furono sempre seguiti naturali progressi dell'oftalmologia italiana. Varie vicende, fra le quali il periodo bellico, sospesero l'attività dell'Associazione, pur non essendo mancati in questi ultimi anni degli importanti Congressi oftalmologici; ma l'anno scorso, in occasione del Congresso d'Igiene oculare tenuto a Napoli, ne fu promossa la ricostituzione e la sua alta funzione.

Dopo, il prof. Arnaldo Angelucci ha tenuto una conferenza sui canoni della visione nelle sublimazioni dell'arte.

In forma eletta egli tratteggia nel loro insieme i canoni visivi e la rispettiva importanza, fermandosi a considerare l'esogesi psicologica di Michelangelo e il suo capolavoro della Cappella Sistina, quando il Sommo Artista, in un ricorso di potenza e di attività, d'esaltamento e di passione ritornava, vincendo gelosie ed invidie, in quella stessa Cappella dove 27 anni avanti aveva frescate le volte. Il suo genio che non seppe scoramenti non si perdette, ma non potendo creare nuove forme, esagerò spingendo oltre il segno audacia ed ardimento, dipinse figure gigantesche, più simbolo del tempo in cui visse che idonei al luogo dove lavorava. L'ira divina, l'amore degli angeli, l'odio degli uomini, le passioni terrene, i martirii dei Santi, i peccati umani, vincitori e vinti egli volle rendere in un solo movimento incomposto di masse e di volumi. Dipinse ogni figura tenendo presenti le leggi dell'ottica e della prospettiva: un corpo umano quale appare in piena aria ed in piena luce, le teste fatte più piccole, i corpi più asciutti, riceve parvenza di maggiore altezza. I beati giacienti intorno al Salvatore, in grazia a questo canone sembrano assai più sublimi e quasi incorporei, dotati di movimenti e leggerezza. Questo canone spinse anche il genio di Lisippo sulle forme plastiche da lui attuate in un esatto verismo di movimento e di grazia.

L'O. si diffonde a illustrare altri canoni per cui gli oggetti dalle passioni sono resi incorporei e si spiritualizzano nella sublimazione in un'opera d'arte e nelle bellezze immortali di un sommo Genio della nostra stirpe.

Dopo la seduta inaugurale si sono iniziati, nel pomeriggio, i lavori del Congresso nella R. Clinica Oculistica i quali sono continuati nei giorni successivi 4-5.

Le comunicazioni scientifiche saranno riportate prossimamente.

A. C.

NOTIZIE DIVERSE.

VI Conferenza internazionale contro la tubercolosi.

Come abbiamo annunziato, l'Unione internazionale contro la tubercolosi terrà la sua 6ª conferenza a Roma, dal 25 al 27 settembre, sotto l'alto patronato di S. M. il Re d'Italia, con la presidenza onoraria di S. E. Benito Mussolini, capo del Governo, e la vice-presidenza onoraria di S. E. Augusto Turati, segretario del P. N. F.

Il Comitato esecutivo è presieduto da S. E. il prof. Raffaele Paolucci; vice-presidente ne è il prof. Vittorio Ascoli; segretari generali il prof. Arcangelo Ilvento e il dott. Federigo Bocchetti; tesoriere il dott. Eschilo Della Seta; membri i proff. Guido Mendes, Pietro Zannelli, Carlo Benedetti, il dott. Felice Parodi, la contessa Itta Frascara.

Parteciperanno alla Conferenza 35 Nazioni iscritte all'Unione.

Precederanno, il 24 settembre, la riunione del Comitato esecutivo dell'Unione internazionale e quella del Consiglio direttivo dell'Unione stessa.

Temi ufficiali di relazione saranno: « Elementi filtrabili del virus tubercolare », relatore A. Calmette (Parigi); « La diagnosi della tubercolosi infantile », relatore R. Jemma (Napoli); « Organizzazione della profilassi antitubercolare nei distretti rurali », relatore W. Brand (Londra). Inoltre si terranno le seguenti conferenze: E. Morelli (Pavia): « Carlo Forlanini e il pneumotorace nella cura della tubercolosi polmonare »; « La legge sulla assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi in Italia »; L. Brauer (Amburgo): « La cura chirurgica della tubercolosi polmonare ».

Sono in programma varie visite ad istituzioni antitubercolari.

Il 19 settembre i congressisti si recheranno a Milano, ove saranno accolti a cura di un Comitato presieduto dal podestà on. Belloni e assisteranno ad una conferenza dell'on. Stefano Antonio Benni sul tema: « L'organizzazione antitubercolare nelle industrie milanesi », alla dimostrazione pratica dei metodi seguiti per la profilassi della tubercolosi nelle industrie da parte dell'ing. Quintavalle; visiteranno le istituzioni antitubercolari della città e alcuni stabilimenti.

Ogni persona di nazionalità italiana che desidera iscriversi come membro della conferenza deve farne domanda alla Segreteria della Federazione nazionale italiana per la lotta contro la tubercolosi, via Toscana 12, Roma, rimettendo la quota d'iscrizione fissata in L. 100.

Tale quota dà diritto ai ribassi ferroviari, che verranno concessi sulle ferrovie italiane ai congressisti, e agli atti della conferenza. Le signore dei congressisti potranno godere degli stessi ribassi ferroviari concessi ai congressisti.

In occasione della Conferenza si terrà una Mostra internazionale della tubercolosi e si adunerà il Convegno internazionale delle infermiere.

*
* *

Il Comitato esecutivo della VI Conferenza internazionale della tubercolosi, per mezzo della Federazione nazionale fascista degli Istituti privati di cura aderente alla Confederazione generale fascista dell'industria italiana, ha organizzato una visita ai centri sanatoriali della Valtellina, dell'Alto Adige e del Trentino, da eseguirsi subito dopo la fine dei lavori della VI Conferenza.

Tassa di iscrizione lire 350, comprese le spese di trasporto in ferrovia, automobile, piroscafo sul Lago di Garda fino al ritorno a Milano, le spese di alloggio e vitto, ecc.

Le domande di iscrizione da parte di quelli che intendono partecipare alla visita debbono essere inviate al Comitato esecutivo della VI Conferenza contemporaneamente all'iscrizione alla Conferenza stessa.

Il numero dei posti è limitato a 300; le iscrizioni sono fatte secondo l'ordine di arrivo delle adesioni.

Mostra internazionale della tubercolosi.

La Federazione nazionale fascista italiana per la lotta contro la tubercolosi ha indetto — in occasione della VI Conferenza dell'« Union internationale contre la tuberculose », che si terrà in Roma nei giorni 25-27 settembre 1928 — una Mostra internazionale della tubercolosi, che dovrà raccogliere in maniera figurativa la documentazione degli sforzi fatti in tutto il mondo civile per difendersi dalla malattia.

Il Comitato della Mostra è presieduto da F. A. Piomarta, R. Commissario della Croce Rossa Italiana.

La Mostra sarà inaugurata il 25 settembre e rimarrà aperta fino al 10 ottobre.

Le notizie particolareggiate intorno al materiale da esporre debbono essere inviate al Comitato della Mostra in Roma, via Toscana 12, entro il 30 giugno 1928, con l'indicazione del numero di metri quadrati di superficie orizzontale e verticale che sono domandati. Il Comitato risponderà entro dieci giorni se può consentire l'intera quantità richiesta, o se deve fare una riduzione in rapporto con le varie domande pervenute. Comunicherà inoltre le riduzioni ferroviarie e doganali, che il Governo italiano accorderà al materiale da esporre.

Il materiale da esporre deve arrivare a Roma il 20 agosto ed essere preavvisato con telegramma al Comitato della Mostra.

Esso rimane circoscritto ai seguenti argomenti:

A) Organizzazione antitubercolare: distribuzione della malattia nelle varie parti di ciascuno

Stato e rapporti con altre malattie sociali; distribuzione territoriale delle istituzioni per la prevenzione, la cura della tubercolosi; Dispensari fissi e mobili, Preventori, Colonie temporanee e Scuole all'aperto per predisposti alla tubercolosi, Sanatorii, Ospedali-Sanatorio, Ospizi marini, Istituti post-sanatoriali, sistemi di costruzione, distribuzione interna, disinfezione, trattamento dei materiali di rifiuto ed escrementizi, strumenti, apparecchi, arredamenti, mezzi meccanici per il servizio di detti.

B) Propaganda ed insegnamento delle nozioni relative alla profilassi ed alla cura della tubercolosi; Organizzazione della propaganda negli ambienti industriali, negli ambienti rurali, per le madri di famiglia. Organizzazione e materiale adoperato. Propaganda fissa e mobile. Insegnamenti nelle scuole primarie e secondarie. Scuole per assistenti sanitarie visitatrici. Insegnamenti per specializzazione dei medici. Organizzazione, durata, metodi.

C) Profilassi antitubercolare, a domicilio. Organizzazione della profilassi nelle industrie. Organizzazioni lavorative per malati di tubercolosi. Alloggi speciali per le famiglie di tubercolotici. Villaggi e centri sanatoriali.

D) Case operaie o rurali e rispettive installazioni igieniche.

Il materiale da esporre potrà essere rappresentato da brevi relazioni a stampa, diagrammi, cartogrammi, carte murali, fotografie, proiezioni fisse ed animate, rilievi e plastici, apparecchi e materiali di arredamento. Funzionerà nei locali della Mostra una sala per proiezioni cinematografiche.

Tutto il materiale deve essere presentato in modo suggestivo e pittorico per poter attrarre l'attenzione del pubblico e mostrare chiaramente gli intenti che si propone di illustrare.

Sono escluse le specialità medicinali sotto qualsiasi forma.

La segreteria ha sede in Roma, via Toscana 12.

Convegno internazionale di infermiere.

Si terrà a Roma dal 25 al 28 settembre, sotto l'alto patronato di S. M. la Regina d'Italia; il Comitato d'onore è presieduto da S. A. R. la duchessa d'Aosta; vice-presidente ne è S. A. R. la duchessa delle Puglie.

Il Comitato centrale d'organizzazione è presieduto dalla marchesa Irene di Targiani Giunti.

Per accordi intervenuti con il Comitato centrale di organizzazione della VI Conferenza internazionale della tubercolosi le infermiere iscritte al convegno godono di tutti i vantaggi e possono prendere parte alle visite indicate nel programma della Conferenza.

Convegno nazionale di Talassoterapia.

Il 24 ed il 25 del prossimo giugno avrà luogo in Rimini il Convegno Nazionale di Talassoterapia, a cui è assicurato il concorso dei più noti cultori di questa branca della terapia fisica.

Chi volesse inviare comunicazioni, essendo il Convegno libero a tutti i medici, o desiderasse informazioni, può rivolgersi al prof. G. Ceresole, Ospedale Civile, Venezia, Segretario della Sezione, od al prof. L. Silvestrini, Ospedale Civile, Rimini, Segretario del Comitato ordinatore.

All'Accademia Lancisiana di Roma.

Il 10 maggio ebbe luogo la quarta seduta ordinaria dell'Accademia Lancisiana. Come per le precedenti sedute notevole fu il numero degli intervenuti e animata la discussione sulle interessanti comunicazioni esposte.

Il presidente prof. Fioretti, aperta la seduta, lesse il telegramma di augurio inviato dall'Accademia a S. M. il Re in occasione del doloroso episodio di Milano.

Rivolse poi un invito a tutti gli intervenuti e in ispecial modo a coloro che si sono dedicati allo studio delle malattie tubercolari di concorrere con conferenze di propaganda alla lotta antitubercolare intrapresa dalla Sezione Laziale dell'Associazione Nazionale di Igiene.

Quindi iniziò l'esposizione delle comunicazioni:

Prof. G. Matronola: Su di un caso di torsione del testicolo.

Dott. C. Costanzi: Sulla sopravvivenza dei leucociti nei tifosi con particolare riguardo al titolo d'agglutinazione del sangue.

Dott. G. Miggiano: L'opoterapia epatica nella anemia perniciosa.

Dott. E. Fronticelli: La terapia epatica in un caso di gravissima anemia gravidica.

Prof. A. Signorelli: Fibro torace laterale con presentazione di malati e proiezioni.

XIX Congresso Nazionale d'Idrologia, Climatologia, Terapia fisica e Dietetica.

Come abbiamo annunziato, si svolgerà nei Campi Flegrei dal 10 al 15 giugno. E' posto sotto l'alto patronato di S. E. Mussolini, capo del Governo; presidente onorario ne è S. E. Fedele, ministro della P. I.; presidente effettivo l'on. prof. Francesco Paolo Sgobbo; la segreteria è affidata al dott. Alberto Botti.

E' stato ora fissato il programma del convegno. L'inaugurazione e alcune sedute avranno luogo nel Palazzo Municipale di Pozzuoli; altre sedute nel salone delle Terme di Agnano e nel Circolo della Leonessa a Bagnoli. Sono annunziate conferenze del sen. prof. E. Cocchia, del sen. p.pe Ginori Contri e dei proff. A. Sogliano e G. D'Erasmo; relazioni di F. Zamborini, P. Marfori, G. Platania, G. Boeri, R. Placido, A. M. Rebucci, P. Sgobbo, G. Castronovo, O. Caro, A. Botti; oltre a numerose comunicazioni. In programma sono molte gite e visite a stabilimenti.

Associazione nazionale per la diffusione della cultura e le scuole all'aperto.

Nei locali di palazzo Sciarra in Roma si è riunito il Consiglio superiore dell'Associazione nazionale per la diffusione della cultura.

Sono stati discussi importanti argomenti di carattere igienico e scolastico.

Molto interesse ha destato l'iniziativa dell'Associazione di trasformare tutte le sue scuole — sparse in ogni regione d'Italia — in *scuole all'aperto*.

Il relatore, magg. medico Giovanni Perilli, ha insistito sul valore di questa trasformazione, anche come esempio di propaganda igienica. Ha affermato il concetto che delle scuole all'aperto non debbono beneficare soltanto gli alunni gracili o predisposti alla tubercolosi, ma tutti gli alunni delle scuole elementari e medie.

Alla discussione hanno partecipato il presidente della sezione d'igiene ed educazione fisica prof. M. Sclavo, il dir. gen. prof. A. Merlini, il prof. Pecori del Governatorato di Roma, il prof. Jemma, dir. della Cl. Pediatrica di Napoli, il prof. Tauro, preside della Facoltà di lettere di Cagliari, il prof. Neri, dell'Università di Bari, e il prof. Millosevich, rettore magnifico dell'Ateneo Romano.

Fu all'unanimità approvata la proposta del prof. Ferlini, con la quale si affidava al prof. Millosevich ed al magg. med. Perilli l'incarico di esporre al ministro della P. I. i voti dell'A. N. D. C. per l'estensione a tutte le scuole d'Italia dei benefici delle scuole all'aperto.

La C. R. I. in soccorso dei terremotati greci.

Avendo la nostra Croce Rossa stabilito di portare aiuti materiali nelle regioni della Grecia, funestate dal terremoto, il Capo del Governo ha disposto perchè all'uopo si prestino il R. Esploratore « Venezia » e due cacciatorpediniere, che salparono subito per Corinto.

Il 18 aprile è morto quasi improvvisamente a Roma il prof. UMBERTO PARODI, ordinario di anatomia patologica nella R. Università di Catania.

Egli, laureatosi a Torino nel 1903, fu tosto nominato assistente nell'Istituto di Anatomia patologica di Torino e poi di Genova. Fu docente nel 1909. Insegnò anatomia patologica a Cagliari ed a Catania.

Lascia numerose pubblicazioni, delle quali le più interessanti riguardarono: « La trasmissione della sifilide al testicolo del coniglio »; « L'ipertrofia dell'utero per iniezioni di estratti placentari »; « Il cancro sperimentale da catrame »; « Sul follicolo linfatico », ecc.

Collaborò al Trattato del Foà con un capitolo sull'*ipertrofia* ed *iperplasia* ed un altro sull'*anatomia patologica dell'apparato genitale femminile* ancora inedito.

Insegnò con molto zelo dando largo sviluppo alla pratica delle autopsie in Clinica. Egli ha lasciato un vuoto nell'Ateneo catanese, un vivo rimpianti tra Colleghi ed allievi. A. T.

In una casa di cura in Bologna decedeva il 3 maggio u. s. il dott. BRANCOLINI EDOARDO ERMANNO, medico valoroso, strappato all'affetto dei colleghi e della popolazione da morbo contratto nell'esercizio faticoso della condotta di Castelbelforte, che egli tenne per oltre un trentennio.

Dott. A. BARBANTI BRÒDANO.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXV Roma, 28 Maggio 1928 Fasc. 21

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE.

Adenoidismo.

Sintomatologia e diagnosi.

Prof. T. MANCIOLI

Direttore dell'Istituto del Governatorato di Roma per la cura dell'adenoidismo.

L'adenoidismo è una sindrome con caratteri clinici biologici e anatomo-patologici comuni ad altre manifestazioni linfatiche, quali lo « stato timo-linfatico » di Paltauf, la diatesi essudativa di Czerny, l'astenia universale di Stiller.

L'adenoidismo si deve dunque ritenere una malattia squisitamente costituzionale (Gradenigo), la quale si trasmette ereditariamente con i caratteri delle malattie recessive o discontinue secondo le note leggi di Mendel; si rivela mediante disturbi locali e generali caratteristici in soggetti a labilità linfatica, ad impronta endocrina e con predominante iperplasia adenoidea.

Nell'adenoidismo lo stato infiammatorio a carattere ipertrofico del tessuto adenoide di tutto l'organismo si manifesta con maggiore intensità ove questo tessuto in maggiore quantità si raggruppa, e cioè nelle fauci, provocando una ipertrofia ora di tutto l'anello di Valdeyer, ora di tonsille isolate (palatine, faringea), con stati proliferativi delle congiuntive che coincidono con alterazioni consimili della mucosa nasale e faringea, mentre non sono rare le localizzazioni più lontane (appendice).

Dalla predominante localizzazione nella regione delle fauci, sorgono per l'adenoidismo dei contrassegni morfologici propri in rapporto con disturbi meccanici, diffusioni flogistiche e alterazioni funzionali di organi vicini, varietà notevole di manifestazioni dovute alla posizione topografica della tonsilla faringea che, quando appunto è ipertrofizzata, prende il nome di vegetazione adenoide.

L'adenoidismo è assai diffuso, con manifestazioni ora gravi ora lievi, dai primissimi anni di vita fin'oltre i 20 anni; verso tale età per lo più le vegetazioni adenoidi si atrofizzano, ma si sono generalmente già iniziate, e permarranno, alterazioni di maggiore o minore entità in altri organi vicini o lontani.

Le vegetazioni adenoidi sono dannose:

1) Perchè ostacolano la libera respirazione nasale, e quindi l'aria inspirata irregolarmente attraverso la bocca, carica di polveri e di germi, troppo calda o troppo fredda, troppo secca o troppo umida, penetra direttamente negli organi respiratori irritandoli. (Normalmente l'aria

deve attraversare le cavità nasali e passare in quantità proporzionata alla richiesta polmonare, in tal modo si purifica e assume quel grado di calore e di umidità indispensabili per l'integrità degli organi profondi del respiro).

2) Perchè alterano gli organi dei sensi con la ostruzione della tromba di Eustachio (orecchio), con la stenosi dei canali naso-lacrimali (occhio), con la deviazione della corrente inspiratoria che trasporta le molecole olfattive (odorato e gusto).

3) Perchè perturbano la funzione di glandole a secrezione interna (tiroide, timo, pancreas, glandole surrenali, sistema ipofisario, ecc.).

4) Perchè — unitamente alle tonsille palatine ipertrofiche—, rappresentano le principali vie d'ingresso nell'organismo per gli agenti patogeni e i più comuni ricettacoli di germi allo stato latente.

5) Perchè, con tutte le alterazioni sopradette, influiscono sullo sviluppo fisico, determinano ostacoli e ritardi allo sviluppo psichico e uno speciale stato di gracilità che diminuisce la resistenza organica.

***

I caratteri diagnostici delle vegetazioni adenoidi sono generali e speciali; quelli speciali richiedono la osservazione della regione nasale e della volta faringea con apposita tecnica; i caratteri generali invece risultano dalla osservazione esteriore del paziente e dalla anamnesi; essi sono tanto facili a rilevarsi che possono essere bene appresi dalle famiglie e dagli insegnanti, in modo che con questa *diagnosi di probabilità* i ragazzi vengano inviati al medico per ulteriori accertamenti. Infatti, come per qualunque quadro clinico, non è per la presenza o la mancanza di un gruppo di sintomi come quelli qui sotto riportati che si potrà accertare o escludere la diagnosi.

a) *Anamnesi.*

1) si domanderà delle eventuali malattie pregresse (adenoidismo tossico o infettivo); se i genitori o i fratelli o sorelle del bambino furono o sono adenoidei (adenoidismo famigliare, costituzionale, ereditario);

2) si domanderà se il bambino respira bene di notte oppure a bocca aperta e se va soggetto a malattie o disturbi qui sotto elencati, specie nei numeri 3, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15;

3) si domanderanno dettagliate informazioni sul rendimento scolastico e sul comportamento del ragazzo in rapporto con i sintomi n. 5, 13, 14.

b) *Sintomatologia.*

1) aspetto del volto - mandibola cadente; bocca semiaperta che lascia scoperti i denti incisivi; angolo facciale acuto; asimmetrie facciali; viso allungato; naso appiattito di lato; sguardo apate;

2) cavo orale - palato ad arco gotico; incisivi superiori incrociati; carie dentarie diffusa; tonsille palatine ipertrofiche; catarro che scende dalla volta faringea; notevole distanza tra ugola e faringe; scarsa sollevabilità del palato molle;

3) cavità nasali - respirazione attraverso il naso ostacolata specie di notte; facilità a riniti, a epistassi;

4) voce - a timbro nasale; le consonanti M e N vengono pronunciate come B e D, disfonie; balbuzia e altri disturbi di linguaggio;

5) udito - diminuzione talora variabile dell'udito (è consigliabile saggiare l'udito con ripetuti esami per mezzo della voce afona che deve essere percepita almeno a m. 8 di distanza per ciascun orecchio); otalgìe; suppurazioni croniche e recidivanti biauricolari; vertigini;

6) vista - congiuntiviti; blefariti; ulcera corneale; strabismo; esoftalmo; lesioni del fondo dell'occhio; papilla da stasi;

7) olfatto e gusto - indeboliti;

8) torace - deviazione della colonna vertebrale; irregolarità di sviluppo totale o parziale; torace paralitico o a botte; una spalla più alta dell'altra;

9) sistema respiratorio - disposizione a catarri nasali faringei e laringei, a laringiti stridule, a bronchiti, all'asma; tosse notturna fino al vomito; dispnea nei lattanti;

10) sistema cardiovascolare - cardiopalmo; alterata pressione vasale;

11) sistema digerente - salivazione abbondante; inappetenza; vomiti; aerofagìa; diarree; appendicite;

12) sistema nervoso - tosse riflessa; spasmi; tic; corea; epilessia; cefalee; sonnolenza; sonno agitato e interrotto; sogni terrificanti; « pavor nocturnus »; enuresi; sudori profusi;

13) sistema endocrino - glicosuria; acetonuria; gozzo; ipotensione vasale; ritardo di accrescimento; turbe vasomotrici; disturbi psichici qui sotto riferiti:

14) disturbi psichici - intelligenza limitata; disattenzione; svogliatezza; stanchezza al lavoro fisico e intellettuale; memoria labile; astenìa; irritabilità; emotività esagerata o torpida;

15) alterazioni generali - anemia; gracilità; sviluppo fisico ritardato; facilità a febbri periodiche o a febricole persistenti; ricettività a tutte le infezioni; adeniti diffuse al collo e peritracheobronchiali.

***

Il medico sa distinguere le forme gravi e le forme leggere.

Appartengono alle prime quelle nelle quali predominano la stenosi nasale, e le lesioni auricolari, o i disturbi psichici; ma si considereranno gravi anche quelle forme in cui si presenti sia pure un sintoma solo ma intenso, prolungato o tenace alle cure mediche comuni (febbri periodiche, adenopatie, enuresi, laringite stridula, ecc.).

Le forme gravi richiedono un intervento chirurgico che si può praticare ambulatoriamente poichè attualmente è ridotto ad essere molto bene tollerato dai bambini, data sopratutto la rapidità con la quale può essere eseguito (in pochi secondi).

Le forme leggere possono guarire con cure mediche o climatiche, talora con modificazioni dietetiche, con esercizi respiratori, con cure iodiche o calciche che vengono assai efficacemente praticate per mezzo di inalazioni secche.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVICO DI GALLARATE

La fissazione deliberata degli organi addominali in casi di incarceramenti ed occlusioni per peritonite adesiva.

Dott. PAOLO COSTANTINI, chirurgo primario.

È regola, nel corso di laparatomie per affezioni croniche tubercolari del peritoneo e in genere dell'addome, rispettare le aderenze perchè distaccandole si correrebbe il rischio di intaccare l'integrità dei visceri. Talvolta ad ogni modo non si riuscirebbe a nessun buon risultato poichè a malgrado delle molte ricerche e proposte per evitare le aderenze, ben difficilmente adottando i suggerimenti di questi studii si potrebbe ottenere che le stesse non si ripetessero anzi si aggravassero per estensione e tenacia quando con le manovre insistenti si venissero a cruentare forse più largamente delle superficie sierose che poi fatalmente verrebbero a saldarsi.

In questi casi però quasi sempre si ha la fortuna che le aderenze si formino in condizioni tali, sia tra i varii organi viscerali, sia tra questi e le pareti, da permettere la canalizzazione del tubo gastrointestinale ed è certo che la restitutio ad integrum che avverrebbe o per sostituzione con connettivo neoformato proporzionale alla lesione rappresentata dal tubercolo, o per completo riassorbimento provocato da produzione di essudato battericida o da aumento della fagocitosi ed in genere dei mezzi di difesa naturale del peritoneo, si ha molto di rado.

Il più delle volte le aderenze che residuano e che si possono riscontrare ad un reintervento obbligato sono veramente molto abbondanti così che qualche autore pensa che nelle manualità operatorie il peritoneo sia stato sottoposto a forti ed estese irritazioni meccaniche e chimiche o ad una leggera infezione.

Ma con tutto ciò, cessata la febbre, il deperimento, ecc. la guarigione clinica può essere ritenuta raggiunta. In confronto coi numerosi casi in cui questi fatti si avverano, ben rare volte accade che per le aderenze costituite si abbiano a lamentare degli attacchi di occlusione acuta che mettano in pericolo di vita il paziente. Questo significa che le aderenze, formatesi in buona posizione, permettono una canalizzazione sufficiente e tale stato di cose appare certo anche quando ad un primo intervento già si constatano queste foltissime aderenze che riducono ad una massa unica, si può dire, tutto il tubo intestinale.

A meno che il carattere retrattile dei tessuti aderenziali inducano compressione, e influiscano troppo gravemente sulla nutrizione dei visceri, si stabilisce un equilibrio funzionale abbastanza soddisfacente.

Tutto questo può succedere anche in casi di forme peritoneali non specifiche qualora il focolaio che provoca la flogosi della sierosa, guarendo lentamente, consenta un adattamento funzionale buono ai visceri che diverranno aderenti.

Meno facilmente questo adattamento può avverarsi allorquando la flogosi succede in modo piuttosto generalizzato ed acuto. I visceri allora possono fissarsi in posizioni cattive di primo acchito, ma suscettibile di canalizzazione, oppure, avvenendo la fissazione prima in un dato modo, parzialmente, può accadere che un segmento ancora libero di intestino tenue per esempio, abbia ad insinuarsi in qualche anello di ansa già formatasi e quivi impegnatosi si fissi poi più tenacemente o ad ogni modo provochi subito un attacco occlusivo.

Questa evenienza può succedere a seguito di interventi operativi addominali e questo o perchè il peritoneo può venire sottoposto a forti ed estese irritazioni meccaniche e chimiche, od a leggera infezione, oppure perchè questo stato flogistico essendo in atto, può venire accentuato dal trauma operatorio.

Tre casi clinici veramente dimostrativi mi diedero occasione di applicare un metodo di fissazione deliberata dei visceri addominali, allo scopo di evitare successivi gravi fatti occlusivi. Si tratta di tre donne operate d'urgenza per cistomi ovarici in acuta torsione del peduncolo.

Uno di questi casi riguarda una donna:

S. M. di Besnate, di anni 33, che ha presentato sintomi di torsione di una cisti ovarica durante una gravidanza tre anni prima dell'intervento che poi la liberò del tumore.

Però la diagnosi non era stata fatta forse per il piccolo volume della cisti. Colta da coliche addominali ed il medico del paese diagnosticando lesioni degli annessi, la inviò in un Ospedale maternità, donde, vista ambulatoriamente, fu rimandata a casa, con una cura medicamentosa essendosi attenuati i sintomi dolorosi a carico dell'addome. Dopo circa quattro giorni viene inviata a noi durante un nuovo violento quadro di coliche addominali. Si trova un tumore cistico, grande quasi come una testa di feto a termine, con tre giri del peduncolo d'impianto, di colorito nerastro per il grave stato di impedita vascolarizzazione. Si ottiene una guarigione per prima con decorso abbastanza buono e apiressia a cominciare dal 3° giorno, mentre il giorno prima dell'intervento si era arrivati a 38,6. L'ammalata alzatasi guarita in decima giornata, desidera di essere dimessa in 15ª giornata. È sempre stata ottimamente bene. Nella notte improvvisamente ha dolori violentissimi con vomiti alimentari.

I dolori vengono solo mitigati dalla morfina. Alla mattina l'esame rileva contratture intestinali, violento meteorismo, e alla fossa iliaca sinistra una tumefazione dolorosa.

Ad una nuova laparatomia si trovano aderenze delle anse del tenue fra di loro e alla cicatrice operatoria. Un'ansa è aderente al punto di escisione del tumore e al corno sinistro dell'utero. Si constata che un'ansa di tenue è passata sotto il ponte formato dalle aderenze suddette al corno uterino e, strozzatasi, produce il quadro occlusivo tumultuoso. Svolte le aderenze dopo aver provveduto alla riduzione dell'ansa strozzata, si constata come sia impossibile evitare che i moltissimi punti cruentati del peritoneo viscerale non abbiano a provocare nuove aderenze con pericoli di altre complicazioni gravi.

Siccome l'aderenza più importante e che ha condotto allo strozzamento è stata a livello del corno sinistro dell'utero e del suo margine sinistro, si pensa di abolire con una fissazione deliberata di un organo questa parte. Condotto perciò il sigma iliaco a contatto con la parte cruentata lo si fissa con punti in catgut per un tratto uguale a quello del viscere cruentato. Il sigma stesso viene immobilizzato e fissato secondo Luther alla parete anterolaterale dell'addome con dei punti traversanti d'una parte il mesosigma, d'altra parte il peritoneo parietale e i muscoli.

Si evita con cura di lasciare delle saccoccie o degli orifici dove si potrebbe insinuare l'intestino. La malata guarisce e non si ha più a lamentare disturbo di sorta.

Negli altri due casi trovatosi grave degenerazione del cistoma torto sul peduncolo da diversi giorni ed essendo logico temere gli stessi fatti, si procede subito, prima di chiudere l'addome, a fissazione deliberata del sigma contro il punto d'impianto del tumore esciso e si hanno ottimi risultati.

Un altro riguarda una donna: Paolina C. (27 giugno 1925) che è stata operata di annessiectomia tre anni prima ed ora accusa grave stipsi ostinata, frequenti attacchi di coliche da evidente ostacolata canalizzazione intestinale.

All'atto operativo si constata che il colon trasverso è stirato in basso ed è fissato nella sua parte mediana, nel piccolo bacino contro l'utero, stirando in basso anche lo stomaco. Risulta una piega acuta all'angolo splenico oltre che a livello dell'aderenza in basso.

Liberata da questa aderenza si nota che il sigma iliaco forma esso pure un angolo acuto con convessità a destra ed è mantenuto in quella ripiegatura da una tenace adesione fra due appendici epiploiche che accollano strettamente a canna di fucile l'ansa del sigma.

Svolte e sezionate le aderenze si ripone in giusta posizione, distendendoli, i diversi segmenti così spostati e fissati del colon.

Per mantenerli in giusta posizione si procede per il colon trasverso alla « Hammock operation » di Coffey, suturando largamente in tutta la sua estensione, l'inserzione del grande omento alla parete addominale anteriore, lungo una linea trasversale. Così si sospende il segmento di crasso incriminato e lo si separa dal resto della massa intestinale con cui potrebbe ancora contrarre aderenze nello stesso tempo che si tiene sostenuto anche lo stomaco che in simili contingenze viene stirato in basso dal colon trasverso. Il sigma iliaco a sua volta viene disteso e fissato in modo sicuro accollandolo al peritoneo iliaco con sutura, secondo il Delatour, del mesosigma alla parete sierosa ed anche con qualche punto che fissa la parete esterna del viscere anche al peritoneo parietale del fianco sinistro.

Anche in questo caso non si hanno più a lamentare disturbi di canalizzazione e anzi scompare la costipazione ostinata.

In altri due casi di operazioni per cisti ovarica in grave torsione acuta con incipiente degenerazione del tumore e segni di reazione peritoneale che faceva temere consecutivi disturbi per postumi fatti aderenziali viscerali, (Giuditta B., operata il 2 maggio 1927, Lucia G. operata il giorno 8 marzo 1925) si procede deliberatamente alla fissazione del colon trasverso e del colon discendente e del sigma (il primo secondo Tuffier, Lambrotte, Ducatte, il secondo fissandolo al peritoneo della fossa iliaca e dell'addome). Non si hanno a lamentare disturbi e si ha invece un decorso veramente ideale. Ad evitare che qualche ansa di tenue, facendo presa sul punto di escissione del tumore cistico o comunque aderisse alla regione degli annessi dove era stato trovato, si ha sempre l'attenzione di addossare, fissandolo, il sigma iliaco che così protegge con la sua presenza, colmandola, la regione più infiammata e buon punto per il verificarsi di fatti aderenziali.

* * *

Mentre per i casi in cui per le aderenze già costituite, può essere discutibile l'utilità derivante dalla liberazione di essa e dalla loro resezione, a noi pare che la fissazione in buona posizione dei segmenti viscerali sia tutt'altro che da trascurare.

Il Lefebvre trattando l'argomento delle aderenze intestinali come causa della stasi intestinale cronica, nota come la resezione e la liberazione delle aderenze sia il trattamento che viene per primo al giudizio di ogni operatore che constati l'impedimento manifesto dato da queste neoformazioni, alla circolazione del tubo intestinale.

Ed è il metodo operatorio che è stato usato più sovente al principio. Difatti in se stesso il metodo può condurre a togliere interamente queste aderenze od a effettuare degli sbrigliamenti che permettano di rendere al tubo intestinale una direzione e una mobilità normale cosicchè si possano liberare e correggere le gomitature fisse. Ma fatto ciò, resta il problema del prevenire il ripetersi di queste lesioni.

Il Lefebvre nota come raramente questa preoccupazione risulti almeno espressa dai chirurghi operatori. Ma che essa esista si capisce anche perchè non vi è chirurgo che non abbia avuto a che fare con tali combinazioni preoccupanti.

Tanto vero che qualcuno insiste in tempi speciali di tecnica che tenderebbero a prevenire meccanicamente il rifacimento delle aderenze stesse. Così Bainbridge incidendo trasversalmente la piega aderenziale che mantiene la gomitatura, e quindi suturandola longitudinalmente; Bland, Pilcher, Gray, Anderson, Pennington, Bloodgood, Donati, raccomandando la esatta peritoneizzazione delle superfici denudate, tutti si preoccupano di questo fatto. Ma ognuno che abbia esperienza pratica di queste cose, sa come talvolta queste manovre siano o impossibili ad eseguirsi o inutili.

La sutura longitudinale può essere fatta talvolta, ma a scapito della ampiezza del lume intestinale in modo preoccupante per la canalizzazione, e la peritoneizzazione esatta molte volte è un pio desiderio.

Interessante è il consiglio del Martin che al fine di evitare la recidiva di posizioni viziose del tubo intestinale mette i soggetti in posizione di leggera Trendelemburg durante qualche tempo dopo l'intervento.

Lefebvre tirando le considerazioni da una statistica di 184 casi trattati con questi accorgimenti conclude che le cifre dimostrano come le guarigioni sono lontane dal rispondere nel maggior numero dei casi.

Questo viene a confermare l'opinione della maggior parte dei chirurghi attuali che ritiene che la liberazione e la resezione delle aderenze non è un intervento così radicale come può apparire a prima vista. Queste aderenze si rifanno sovente con ritorno degli accidenti necessitando un nuovo intervento che avrà luogo di condurre sovente ad un metodo differente. Duval e Roux non esitano a dichiarare che la semplice liberazione delle aderenze è cosa illogica. La peritoneizzazione delle estese superfci denudate di peritoneo è impossibile.

Ma come si spiega, dice il Lefebvre, la serie dei buoni risultati ottenuti? È questione di qualità ed estensione di aderenze. Solo le aderenze limitate molto e le briglie in ispecie, potranno essere trattate con il semplice sbrigliamento; le formazioni più estese, dopo l'esame dei loro caratteri anatomici e dei disturbi che possono portare ai visceri sui quali si trovano, subiranno quei trattamenti parziali, destinati a diminuire o a far sparire la possibilità dei disturbi che arrecano agli organi che interessano.

La regola generale è di non esagerare, anzi di evitare con tutta cura i denudamenti sierosi che poi non si potessero ricoprire in modo da potere, con affondamenti adatti, con suture lineari, precedute da avvicinamenti perpendicolari all'asse degli sbrigliamenti, con sutura a borsa di tabacco, con plastiche infine aiutate da scollamenti sufficienti e dall'uso, prudente, dell'epiploon chiamato a coprire le perdite di sostanza; riuscire a peritoneizzare.

Ma con tutto ciò molte volte bisogna girare la difficoltà ricorrendo a delle pessie e rafie, a delle enteroanastomosi che saltano, si può dire, l'ostacolo e assicurano la canalizzazione fra due segmenti di tubo gastroenterico cui si interpone un tratto che, legato tenacemente da aderenze, da gomitature, da grovigli inestricabili, risulta a prima vista impossibile ad essere ricondotto ad una canalizzazione sufficiente.

A questo stato di cose si deve riportare difatti il caso seguente:

Edvige Zaz., anni 20, da Vicenza, nubile.

Viene una prima volta ricoverata in ospedale per disturbi da aderenze addominali consecutive ad un atto operatorio subìto in un altro ospedale due anni prima, pare per fatti di peritonite.

Viene operata di laparotomia e si constatano aderenze multiple, tra peritoneo parietale e viscerale e dell'epiploon agli organi del bacino e dell'intestino tenue. Svolte, staccate le aderenze e provveduto alla migliore peritoneizzazione e alla ricostruzione della parete addominale sventrata, la malata sta bene per quasi un anno.

Ritornano però a poco a poco i dolori e si istituisce un quadro di occlusione parziale abbastanza caratteristico.

La malata, oltrechè avere digestioni difficili e dolorose ha vomiti alimentari che insorgono ogni

3-4 giorni a intervalli abbastanza precisi, vomiti alimentari, misti di sostanze in parte recentemente ingerite, in parte avviate ad una discreta digestione e naturalmente alquanto putrefatte. Radiologicamente ristagno gastro-duodenale.

Alla laparotomia si constata ostruzione duodenale e della prima ansa del digiuno per un groviglio di aderenze, stomaco ectasico-ptosico; in corrispondenza del primo tratto del duodeno, un infiltrato duro, che cementa l'ansa col pancreas. E' assolutamente impossibile pensare a separare i tratti intestinali per assicurare una buona canalizzazione e inoltre la presenza di una ulcera callosa del duodeno, aderente, infiltrata, quasi occludente il lume, provoca una infiltrazione retraente del mesocolon che impedisce una buona visione ed esteriorizzazione della faccia posteriore dello stomaco. Le manovre per ottenere ciò sarebbero troppo ledenti.

Le aderenze periduodenali specialmente, come afferma Lefebvre, non sono che ben difficilmente trattabili con la liberazione semplice. Si tratta di una regione particolarmente pericolosa e il più sovente, come nel nostro caso, si trovano delle masse troppo inveterate, resistentissime che rendono ogni tentativo di dissezione impossibile.

Non resta che girare l'ostacolo facendo comunicare il tratto al disopra dell'ostacolo con il tratto distale al disotto.

Essendo impossibile per la retrazione del mesocolon praticare una gastroenterotomia posteriore si ricorre alla gastroenterostomia anteriore, ma trattandosi di un soggetto a peritoneo già troppo provato e temendosi giustamente qualche postumo aderenziale stenosante od occludente si ha cura di fissare per una buona estensione il tratto di intestino tenue portato alla parete anteriore dello stomaco per l'anastomosi sia alla parete anteriore stessa di questo viscere, sia ai bordi del grande omento sollevato così da garantire l'impossibilità di gomitature e stenosi. L'intestino resta così appeso a grande arco allo stomaco ed al grande omento.

L'ammalata, a più di un anno di distanza, sta ottimamente ed è persuasa di non più aver da soffrire come per i quattro anni passati.

BIBLIOGRAFIA.

COFFEY. Surgery, Gynec. and Obstetr., 1912, n. 4.
DELATOUR. Annales of Surgery, 1905, pag. 678.
DUVAL-ROUX. Bullet. et Mém. de la Soc. de Chir., 1914, marzo 10.
LEFEBVRE. *La Chirurgie de la constipation.* Paris, Baillière, 1919.

OSPEDALE CIVILE DI BRESCELLO (EMILIA)

Un caso di peritonite acuta diffusa primitiva da pneumococco.

Prof. dott. GIOVANNI ZANETTI
chirurgo direttore e docente.

Per quanto ne siano stati riuniti circa un centinaio di casi la peritonite pneumococcica, specialmente quella primitiva, è una evenienza assai rara. Notevolmente più frequente è però nei fanciulli che non negli adulti e più nelle femmine che nei maschi. Il pratico che si trovi di fronte ad una sindrome addominale acuta, specie in un fanciullo, deve tener presente la peritonite acuta pneumococcica, la quale con l'insorgenza subitanea e con una sintomatologia che nulla ha di speciale, facilmente si confonde con una forma di peritonite acuta comune da cause varie. Fu descritta per la prima volta dal Bozzolo nel 1885 ed operata nel 1890 da Sevestre e Nelaton: per parecchio tempo era confusa con le peritoniti idiopatiche o da causa ignota, l'indagine batteriologica l'ha individuata e ne ha fatto un tipo distinto.

Senza indugiarmi nell'esame di tutta l'estesa bibliografia, ricordo che questa è stata di recente diligentemente raccolta dal Puccinelli nel suo bel lavoro *Le peritoniti acute.* È ormai classico distinguere una forma primaria ed una secondaria della peritonite pneumococcica (Stone): riguardo alla forma primaria essa, specialmente nelle bambine, è assai probabilmente dovuta al passaggio del pneumococco dai genitali al peritoneo: è noto che esso si trova come ospite frequente dei genitali femminili esterni, spesso come saprofita, senza dare segni della sua presenza, e non è improbabile possa lo pneumococco, senza produrre lesioni apprezzabili della vagina e dell'utero, pervenire alle tube e di là infettare il peritoneo (Donati).

La forma secondaria è dipendente da broncopolmoniti, polmoniti, od empiemi e l'infezione peritoneale può avvenire o per la via sanguigna o per la via linfatica o per la via transdiaframmatica, in altre parole è la localizzazione peritoneale di una setticemia pneumococcica; però è da ricordare che è sempre una evenienza rara: per la stessa via ematica o linfatica la peritonite pneumococcica può essere secondaria ad un'otite media. È infine da tenere presente che la peritonite pneumococcica può essere causata dal passaggio dei germi specifici attraverso un'appendice infiammata, dato che lo pneumococco si può trovare come ospite del lume intestinale (Jensen).

Riguardo alla sintomatologia generalmente la peritonite pneumococcica esplode in modo acutissimo e, se primitiva come nel caso nostro, può comparire nel più completo benessere e per il quadro suo non specifico è di un diagnostico assai difficile. Espongo brevemente il caso da me osservato ed operato:

D. R. Nerina, di a. 9, residente a Brescello: nulla di notevole presenta nel gentilizio e nell'anamnesi remota Il giorno 11 marzo 1927 mentre trovavasi a scuola, viene improvvisamente colpita da violenti dolori all'addome con vomito, portata nel locale Ospedale vi è accolta d'urgenza. All'esame obbiettivo presenta facies

peritonitica, lingua patinosa, temperatura di 39°, polso 110, pieno e ritmico l'addome è all'ispezione uniformemente tumefatto con convessità che ha per punto più elevato l'ombelico, alla palpazione è teso, con resistenza diffusa senza mostrare zona di maggiore difesa muscolare, si presta particolare attenzione alla regione ileo-cecale, ma non si apprezzano in questa sensibili differenze dalle altre zone. La palpazione sveglia dolore uguale in tutte le regioni, la percussione dà un suono timpanico uniforme, non si apprezza presenza di liquido nella cavità, nulla si rileva a carico dell'apparecchio respiratorio e circolatorio e degli altri apparecchi e sistemi: si fa diagnosi di peritonite acuta da causa ignota: si attende, armata manu, con la speranza che il processo venga a localizzarsi, applicando frattanto i soccorsi medici consueti, nella notte e nel giorno seguente il vomito viene a cessare però non si ha emissione di gas e feci, la minzione è normale: si nota però che pur rimanendo stazionarie le condizioni dell'addome, i sintomi generali vanno migliorando, il polso diminuisce alquanto di frequenza, il vomito cessa e con l'applicazione di una sonda rettale si ha uscita di gas: ciò arreca sollievo, senza però diminuire notevolmente la tensione dell'addome, si nota herpes al labbro superiore. Così lentamente nei giorni successivi vanno migliorando le condizioni dell'inferma, che è molestata solo ad intervalli nella giornata dai dolori addominali. Il meteorismo si mantiene e la temperatura si stabilizza intorno ai 38° con lievi oscillazioni. All'esame dell'addome si nota che va formandosi del liquido con i dati obbiettivi del versamento libero endoaddominale, si pratica una puntura esplorativa e si estrae con facilità un essudato verdastro dall'aspetto identico a quello dei comuni empiemi pleurici metapneumonici; fatto l'esame microscopico di uno striscio colorato con i comuni sistemi, si osservano i soliti corpuscoli purulenti e numerose coppie di diplococchi lanceolati che si mostrano circondati da un alone assai chiaro (capsula).

Dato tale reperto si sospetta fortemente essere di fronte ad una rara forma di peritonite diplococcica; sorvegliando l'evolversi dell'essudato si nota che nei giorni seguenti va aumentando tanto da rendersi necessaria una paracentesi, che si pratica il giorno 18 marzo e che dà esito a circa un litro di essudato coi caratteri già osservati avendo cura di raccoglierne una certa quantità in una provetta sterile per l'esame batteriologico.

Ecco il reperto di tale esame (prof. Vercellana, Parma) *Esame fisico organolettico* essudato purulento colore bianco-verdognolo di consistenza cremosa, *esame microscopico*, corpuscoli purulenti (piociti). *Esame batteriologico*. Pneumococchi, nessun altro germe presente. *Esame biologico*: un topolino di varietà grigia iniettato nel peritoneo con piccola quantità muore in 24 ore di una tipica setticemia pneumococcica.

Le condizioni dell'inferma erano andate frattanto migliorando, ancora la temperatura era diminuita, i dolori addominali pure quasi scomparsi e con l'aiuto di qualche clistere si ebbe l'evacuazione dell'alvo, che si vuota successivamente ogni due o tre giorni o spontaneamente o con clisteri. Pur mantenendosi tali le condizioni generali si nota che l'essudato si sta riformando lentamente tanto da raggiungere il primitivo livello, decido allora l'intervento laparotomico che pratico il giorno 3 aprile, con anestesia generale eterea ed incisione pararettale destra; l'apertura della cavità peritoneale ha dato esito ad una grande quantità di essudato dei consueti caratteri, con abbondanti false membrane e fiocchi fibrinosi nuotanti in esso. Ho praticata l'incisione pararettale destra temendo tale forma fosse di origine appendicolare, ma non ho rilevate lesioni apprezzabili a carico dell'appendice e dei genitali interni. Chiusa in parte la ferita operatoria, ho lasciato un piccolo drenaggio che rinnovato ho tolto dopo pochi giorni, non ho fatto alcun lavaggio endoperitoneale.

Dall'incisione ha continuato per una trentina di giorni ad uscire in quantità irregolarmente decrescente il solito essudato, sino a che si è completamente chiusa, ed il giorno 4 giugno l'inferma ha lasciato l'Ospedale completamente guarita e senza postumi di sorta: oggi dopo undici mesi dall'inizio della malattia è sempre in perfetta salute.

Senza il sussidio dell'esperienza passata e dell'esame batteriologico, questo caso sarebbe stato compreso nella grande categoria delle peritoniti idiopatiche dei fanciulli. La malattia è scoppiata in forma acuta, come in generale è notato dagli altri Autori (Provinciali, Puccinelli) ed era nettamente primitiva, almeno dal lato clinico, non presentando l'inferma lesioni apprezzabili di sorta. Poichè poi trattavasi di una bambina, è probabile che l'ingresso sia stato dai genitali.

Riguardo alla sintomatologia mancava in questo caso la diarrea che assieme alla febbre, al vomito, ai dolori addominali ed all'herpes labialis costituirebbe il quadro clinico caratteristico della forma di peritonite pneumococcica (Provinciali, Puccinelli).

Nel caso nostro la chiusura iniziale dell'alvo e la mancanza della diarrea, faceva pensare ad una forma di peritonite acuta comune, essendo gli altri sintomi caratteristici di questa, la diagnosi vera quindi era pressochè impossibile senza il sussidio batteriologico. La diarrea che a volte però manca o si presenta tardivamente, non può considerarsi da sola come segno differenziale, io senza diminuirne il valore, gli associerei un altro sintoma, il quale non manca mai e si presenta dopo la fase d'invasione della malattia e cioè il versamento libero endoperitoneale.

Quindi, quando in un caso di sindrome peritoneale acuta, passato l'esordio, si vede comparire un essudato libero endoperitoneale associato spesso ad alvo diarroico, si è fortemente autorizzati a pensare ad una forma di peritonite diplococcica, specie trattandosi di un fanciullo.

Le altre forme di peritonite con essudato li-

bero che possono capitare al pratico sono o la forma purulenta acuta comune da perforazione intestinale, o la forma tubercolare con ascite. Riguardo alla prima generalmente alla formazione dell'essudato corrisponde lo stato preagonico del paziente (polso piccolo e frequentissimo, ipotermia, ecc.), mentre nella forma pneumococcica alla formazione dell'essudato, corrisponde, come nel caso nostro, un lieve miglioramento; circa alla forma tubercolare essa assai raramente si inizia in modo acuto, anzi viene classificata tra le peritoniti croniche, poi manca il vomito, i dolori sono più moderati e l'anamnesi mette nella retta via.

Riguardo alla prognosi della forma pneumococcica, per quanto grave essa è relativamente assai più benigna di quella delle altre forme di peritonite acuta diffusa, salvo che il diplococco non sia associato (Krafft).

Riferendomi solo ai casi più recenti osservati, ricordo che il Puccinelli su sei casi di peritonite diplococcica primitiva operati, ebbe quattro morti e due guariti, però è da notare che sono casi giunti al chirurgo troppo tardivamente. Il Provinciali ne osservò due casi operati di cui un morto ed un guarito.

Riguardo alla terapia essa non può essere che chirurgica e, come il Puccinelli, sono anch'io d'avviso di soprassedere all'intervento nel primo stadio e curare lo stato generale: il momento dell'intervento è quando la formazione dell'essudato ha raggiunto il colmo, cioè quando esso si è stabilizzato, anche perchè ciò corrisponde generalmente come ho detto più sopra, ed io stesso ho osservato una remissione degli altri sintomi: ciò si intende in linea generale.

Nel caso nostro, seguito sin dall'inizio della malattia, tale trattamento ha dato un esito fausto.

Brescello, 2 febbraio 1928. Anno VI E. F.

BIBLIOGRAFIA.

PUCCINELLI. *Le peritoniti acute.* Cappelli, Bologna, 1924.

BOZZOLO. Citato dal PUCCINELLI.

SEVESTRE. *Observation de péritonite purulente à pneumocoques.* Bull. Soc. des Hôp. de Paris, N. 17, 1890.

DONATI. *La chirurgia dell'addome.* U. T. E. T., 1914, pag. 92.

STONE. *Pneumococcus péritonitis.* Bull. of. the Johns Hopkins Hospital, July 1911, XXII, p. 219.

JENSEN. *Ueber Pneumokokkenperitonitis.* Arch. f. Klin. Chir., 1903.

PROVINCIALI. *Intorno a due casi di peritonite pneumococcica idiopatica in bambini.* La Pediatria, 1921.

KRAFFT. *Péritonite à pneumocoques.* XXXI Congr. franc. de chirur., 1922.

CONFERENZE.

Le basi fisiologiche della proteinoterapia.

(NONNERBRUCH. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1928, n. 4).

La proteinoterapia ha avuto in questi ultimi anni una larga diffusione in pratica, senza che per altro manchino riserve e diffidenze causate essenzialmente dal fatto che non è da tutti conosciuto il suo meccanismo d'azione.

Si tratta di una terapia semplice ed efficace in molte condizioni e non è dubbio che troverà sempre più credito, e se ne estenderà sempre più l'uso, a misura che saranno meglio precisate la sua azione e le sue indicazioni.

Quando si assiste alle modificazioni indotte nell'organismo da questa terapia non si può fare a meno di essere meravigliati della sua straordinaria efficacia, anche se per il momento dobbiamo limitarci a registrare empiricamente i fatti senza approfondire il suo meccanismo d'azione.

Quando s'introduce nell'organismo una sostanza proteica, come latte o altre sostanze proteiche, o un altro eccitante non specifico, come lo zolfo, si determina uno stato che si può benissimo paragonare ad un'infezione limitata ad un brevissimo periodo di tempo. È questo lo stadio iniziale o, come la chiama Schmidt, fase negativa, caratterizzato da infiammazione, febbre ed altri fenomeni generali. Segue la fase positiva nella quale l'infiammazione diminuisce e la temperatura si abbassa.

Freund ritiene che quest'ultimo periodo somigli all'anafilassi per l'albumina, che ha anche un certo periodo d'incubazione prima di raggiungere il suo completo sviluppo. In questa fase si riscontrano alterazioni nel sangue e nel fegato, che sono stati considerati i fattori dei fenomeni generali. Questo periodo, detto anche « di cambiamento » (Umstimmung), si può raggiungere anche senza passare per il periodo della febbre violenta, ed è quello che ha la vera azione terapeutica sulla nutrizione generale e sullo sviluppo.

La proteinoterapia produce fenomeni analoghi a quelli che si verificano dopo una malattia infettiva spontanea, dopo un salasso, in seguito all'elio-, radio-, clino- e balneoterapia ed anche in seguito alle oramai poco apprezzate cure di ferro.

L'albumina introdotta per la via dello stomaco perde in seguito alla digestione il suo stato colloidale ed è trasformata fino a diventare sostanze amino-acide, che sono utilizzate per la nutrizione. Se invece si portano direttamente nel sangue e a contatto delle cellule le sostanze proteiche, pur subendo in definitiva la stessa

sorte di quelle ingerite per lo stomaco, esercitano sulle cellule con le quali vengono a contatto un'azione di natura fisico-chimica ed in parte anche solamente chimica. Si tratta di alterazioni rassomiglianti a quelle indotte anche da altre influenze non specifiche, come quelle che si verificano nel corso delle infezioni, e che perciò rappresentano fenomeni generali e non esclusivi della proteinoterapia.

Nulla si sa di positivo sul meccanismo per il quale si produce l'aumento dell'attività protoplasmatica e cellulare, e d'altra parte trattandosi di un complesso di azioni e reazioni molteplici e complicate non si può attendere che la proteinoterapia diventi una pratica esatta e squisitamente specifica.

Sachs ha trovato nel sangue alterazioni dello stato colloidale dell'albumina consistenti in una maggiore labilità: così nel plasma citratato si ha una più facile riduzione del fibrinogeno. Che vi siano mutamenti nell'albumina del sangue è provato dall'aumento della viscosità e della diminuzione della tensione del plasma, dall'aumento delle precipitine e della fibrina. Il fatto più importante dal punto di vista pratico è l'aumento degli anticorpi.

Qui deve essere accennato agli studi sull'aumento della resistenza alle infezioni in seguito all'iniezione di sostanze proteiche non specifiche. La questione è ancora discussa ed è tutt'altro che risoluta in senso favorevole.

L'effetto più notevole della proteinoterapia nelle infezioni è la reazione infiammatoria della parte malata. Si tratta della così detta reazione locale, che può aversi nelle varie affezioni localizzate, acute e croniche. È una mobilizzazione anticorpo-fagocitaria. Ma questa reazione può avere un doppio effetto e non si posseggono ancora i mezzi per dirigerla sicuramente verso il successo anzi che verso l'insuccesso. In effetti l'effetto della proteinoterapia, anche adoperando il medesimo eccitante, sarà diverso a seconda del terreno sul quale agisce.

Alcuni effetti della proteinoterapia sono analoghi a quelli degli shock anafilattici. Nell'anafilassi piccole quantità di albumina sono capaci di scatenare gravi disturbi in organismi sensibilizzati. I sintomi principali dell'anafilassi sono l'ipotensione, la leucopenia, l'incoagulabilità del sangue e della linfa, ipersecrezione pancreatica, fatti questi che sogliono verificarsi in seguito all'iniezione di qualsiasi sostanza proteica.

Come nella terapia eccitante non specifica anche nell'anafilassi si tratta di alterazioni eguali dipendenti da cause diverse. In entrambi i casi si determina un'oscillazione colloidale che porta ad un mutamento nello stato fisico-chimico, ad una distruzione di cellule con i conseguenti fenomeni generali.

Talvolta si ha uno shock con collasso concomitante ad un cambiamento improvviso nel quadro della malattia infettiva nel senso della guarigione. Osservazioni del genere sono state fatte in seguito a cure vacciniche specifiche nel tifo ed in altre infezioni, o in seguito ad iniezioni di albumine. Ma in altri casi lo shock da corpi proteici può determinare un peggioramento della malattia, per modo che non si hanno criteri per una terapia razionale al riguardo.

Le basi sperimentali per tutti questi stati consistono nelle accennate alterazioni delle albumine del sangue e dei leucociti e nell'aumento di anticorpi specifici in seguito a stimolazione non specifica. Si può ammettere come sicuro che alterazioni analoghe avvengono nei tessuti e che i mutamenti umorali sono l'espressione delle alterazioni cellulari che sono primitive ed essenziali. La proteinoterapia è una terapia cellulare e non umorale.

Purtroppo è difficile mettere in evidenza con metodi fisico-chimici alterazioni nei tessuti e nelle cellule, così come è stato fatto nel plasma sanguigno. Tuttavia è stato possibile rilevare fatti edematosi, separazioni di goccioline, e reazioni dell'endotelio e dell'avventizia dei vasi. È il sistema reticolo-endoteliale quello che sembra reagisca di più. Starkenstein ha dimostrato una maggiore permeabilità dei vasi.

L'esame del sangue rileva altri effetti della proteinoterapia. Freund trovò che il sangue normale dopo che è stato cavato dalle vene diventa farmacologicamente attivo perchè in seguito alla lisi degli elementi labili, delle piastrine, si producono sostanze che hanno accentuate azioni tossiche ad effetto diverso a seconda del tempo in cui si saggia la tossicità del sangue salassato. Freund parla di veleni precoci e tardivi. I primi sono labili e scompaiono rapidamente, mentre i secondi persistono a lungo. I veleni ematici tardivi rappresentano le sostanze vasocostrittrici con azione sinergica con l'adrenalina, sostanze che alterano l'azione della digitale sul cuore, e infine sostanze sinergiche con l'atropina. Ora Freund avrebbe dimostrato che tutte queste sostanze che si producono tardivamente in vitro, si produrrebbero nel sangue circolante in seguito all'iniezione di proteine o ad una terapia eccitante con luce solare, raggi X, salasso, ecc.

Questi fatti confermerebbero l'ipotesi già avanzata secondo la quale la proteinoterapia sarebbe efficace in quanto si versano nel sangue prodotti della distruzione cellulare, i quali hanno azione sul sistema nervoso vegetativo e termoregolatore.

La febbre prodotta dalla proteinoterapia sa-

rebbe appunto prodotta dall'eccitazione del centro termico nel cervello medio da parte di questi prodotti della distruzione cellulare, la cui capacità termogena era già nota.

Strettamente legato con quest'effetto iperpiretico, ma non dipendente da esso, sono le alterazioni indotte dalla proteinoterapia sul ricambio delle albumine e sul ricambio generale.

È stato dimostrato che in seguito all'iniezione di sostanze proteiche si ha un aumento considerevole dello sdoppiamento dell'albumina, fatto che sperimentalmente si è potuto dimostrare dovuto sia ad un'azione diretta delle sostanze iniettate sull'albumina, sia all'eccitazione di centri nervosi da parte dei prodotti della distruzione cellulare. Ad ogni modo quest'alterazione del ricambio dell'azoto si verifica indipendentemente dallo stato febbrile.

Quest'indipendenza dello stato calorico si è potuta dimostrare anche per il ricambio di tutte le altre sostanze organiche, per il ricambio generale, il che conferma l'ipotesi di due centri distinti, l'uno regolatore dello stato termico, l'altro regolatore del ricambio.

Meyer osservò che nelle prime ore dopo un'iniezione di proteine si ha un rallentamento e 5-7 ore dopo un eccitamento del ricambio organico e che contemporaneamente si hanno modificazioni delle funzioni del vago e del simpatico, dei quali, come è noto, il primo è inibitore ed il secondo è eccitatore del ricambio.

La proteinoterapia non ha alcuna influenza sulla quantità d'acqua nell'organismo, la quale rimane invariata, a meno che non agiscano altri fattori, così come succede nelle infezioni.

Kroetz trovò che in seguito alla proteinoterapia si verifica nel sangue una breve acidosi con rapide alterazioni nel contenuto dell'ione Na, Cl e bicarbonato, cui segue un'alcalosi con intensi cambiamenti del contenuto di K, Ca e Ph, ossia dell'ione contenuto nelle cellule. Questi spostamenti delle sostanze minerali hanno stretta relazione con lo stato colloidale delle albumine, con l'eccitabilità del sistema nervoso vegetativo, e con l'attività delle glandule endocrine.

È stato affermato che l'effetto della proteinoterapia deve attribuirsi essenzialmente alla sua azione sul sistema nervoso vegetativo. Certo questo sistema è molto influenzato, ma è eccessivo attribuire esclusivamente ad esso l'azione della proteinoterapia. Questa non può spiegarsi con un meccanismo semplice ed esclusivo. Si tratta di azioni ed interazioni nelle quali hanno parte le modificazioni del ricambio materiale, lo stato colloidale dell'albumina, lo stato di mineralizzazione dei liquidi organici, le modificazioni dell'eccitabilità nervosa. Forse sono in giuoco anche altri fattori non ancora svelati.

Allo stato dei fatti la proteinoterapia rimane ancora una pratica empirica per la quale la patologia sperimentale non ha dato ancora sufficienti spiegazioni.

DR.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

La preparazione del paziente per l'operazione.

(E. M. MITCHELL. *The Lancet*, 1927, n. 5423).

Col passar del tempo e con l'accumularsi dell'esperienza i metodi di preparazione del paziente per affrontare l'operazione hanno subito un mutamento radicale. Progresso nella tecnica chirurgica e maggior accuratezza di diagnosi hanno proceduto di pari passo con la ricerca della più soddisfacente preparazione dell'ammalato.

OBIEZIONI ALL'USO DELL'OLIO DI RICINO.

Una volta la dieta ed il purgante, ambedue più completi che fosse possibile, erano la parola d'ordine.

Il purgante usato era l'olio di ricino ad alta dose e l'irritazione dell'intestino era tale da provocare frequenti ed irresistibili scariche. L'olio si dava la sera precedente l'operazione, disturbando così il riposo ed il sonno dell'ammalato.

Lo scopo cui si mira — la completa evacuazione del tratto digerente — si ottiene molto più sicuramente con l'olio di ricino, che con qualunque altro purgante; ma i vantaggi e gli svantaggi di questo trattamento richiedono accurata considerazione. I vantaggi sono soltanto limitati ai casi nei quali si desidera di vuotare il colon completamente e di evitare in seguito la peristalsi più a lungo possibile. Questi casi sono quelli nei quali si opera sull'ano e sull'ampolla e specialmente per emorroidi.

Il primo svantaggio dell'olio nella preparazione del paziente per l'operazione è la sua forte azione irritante: la mucosa dell'intestino e la muscolare sono attaccate profondamente tanto che l'intestino è iperemico e gonfio, quasi esausto nelle sue forze difensive, di modo che non è nelle condizioni migliori per affrontare l'azione chirurgica.

Il secondo svantaggio è il più serio e consiste nella inerzia della muscolare, che succede alla irritazione e sovraeccitazione prodotta dal purgante: essa è, secondo l'A., la causa più effi-

ciente dell'*ileo* post-operativo. Anche la più semplice laparotomia disturba la peristalsi intestinale ed a ciò contribuiscono due fattori: uno di essi è costituito dall'insieme delle manovre meccaniche che in tal caso si fanno sull'intestino; l'altro dalla immobilità della parete addominale, dopo la sutura. Questa immobilità è il risultato del riflesso protettivo naturale, per il quale ogni muscolo entra in autodifesa contro il più piccolo movimento, e della fasciatura applicata all'addome.

Se a queste due precedenti cause si aggiunge l'inerzia intestinale, conseguente all'amministrazione dell'olio di ricino, allora il rischio di determinare l'insorgenza dell'ileo è materialmente aumentato.

Il meteorismo è certamente la causa più frequente di fastidio dopo ogni laparotomia e può anche mettere in pericolo la guarigione. Qualunque mezzo atto ad eliminare questa comune e fastidiosa conseguenza post-operatoria è desiderabile ed il primo passo a questo fine è rappresentato dalla soppressione dell'irritazione provocata dall'olio di ricino.

L'ultimo svantaggio di questo purgante, specialmente se somministrato la sera precedente all'operazione, è dato dalla soppressione del riposo dell'infermo. Sonno ristoratore e riposo quanto più completo e possibile, costituiscono la miglior profilassi contro lo shock. Il paziente tranquillo e flemmatico, che affronta l'operazione con minor preoccupazione dello stesso chirurgo, dà i migliori risultati: egli subisce un abbassamento minimo della pressione sanguigna ed è per altro noto che la riserva di « *forza vitale* » è basata più sopra un buon sonno ristoratore che sù qualunque altro fattore.

Molti chirurgi, non contenti dell'effetto ottenuto col purgante energico, sottopongono il paziente ad un clistere amministrato la mattina stessa dell'operazione. Anche questa pratica è da evitarsi perchè è noto che per qualche infermo il clistere da solo è causa di preoccupazione e d'indebolimento. Qualche infermiera non esita a svegliare il paziente, nelle primissime ore del giorno d'operazione per somministrargli un clistere, nel mentre quegli avrebbe ricavato il maggiore beneficio da un sonno tranquillo.

A chi dicesse, in sostegno dell'olio di ricino, che il vuotamente dell'intestino è necessario per le enteroanastomosi, si deve rispondere:

a) la vacuità dell'intestino non è una condizione necessaria per l'anastomosi: le risorse della chirurgia permettono oggi di proteggere bene il campo operatorio contro il pericolo dell'uscita del contenuto intestinale;

b) l'anastomosi, quando l'intestino è afflosciato, è tecnicamente più difficile e ciò specialmente per le suture capo a capo;

c) l'anastomosi di anse intestinali irritate e contratte oltre alla difficoltà tecnica dell'esecuzione, dà luogo alla stenosi della stomia più frequentemente dell'intestino normale;

d) l'inerzia dell'intestino, che segue alla iperattività causata dall'olio è una minaccia per il buon funzionamento dello stoma.

Obiezioni al digiuno preoperatorio.

Il metodo del digiuno prima degli interventi sull'addome è oramai una reliquia del passato, quando per 12 e anche 18 ore non si dava all'operando altro che acqua, con l'intenzione non solo di determinare le migliori condizioni dei visceri per lo intervento, ma anche per evitare la dilatazione post-operatoria. Naturalmente i due sù detti scopi fallivano clamorosamente, sia per l'effetto costipante consecutivo dell'olio, sia per l'assenza dello stimolo normale alla determinazione della peristalsi e cioè del contenuto intestinale.

Il digiuno predispone all'acidosi o alla diminuzione della riserva alcalina del sangue. Questo avviene molto frequentemente nei bambini, specialmente con processi settici e quando si adopera cloroformio o etere per la narcosi. Si ritiene oggi che molti dei casi di vomito, che succedono alle laparotomie sono dovuti a stadi leggieri di acidosi. È logico pensare che il digiuno preventivo non può che accentuare questo vomito.

Metodi moderni di preparazione.

Gli esami del sistema cardio-vascolare, dei polmoni, del sistema nervoso, delle urine e dell'efficienza della funzione renale non possono ritenersi atti preparatori per l'operazione, ma piuttosto ausili diagnostici.

Gli avvedimenti preoperatori possono variare alquanto per speciali indicazioni, quando s'interviene sul fegato o sul rene o quando è necessario di alleviare certi disturbi dovuti a ostacolo nel circolo intestinale.

Ma per la maggioranza delle operazioni addominali e per quelle su qualunque parte del corpo, quando si usa l'anestesia generale si possono consigliare le seguenti norme:

Rimuovere ogni focolaio d'infezione in atto, ad es.: sepsi dentaria, delle tonsille, ecc.;

Regolare la funzione intestinale ottenendo una scarica al giorno, con una dose adatta di olio di vasellina;

Un periodo di trattamento ricostituente con aria fresca, esercizio fisico e vitto conveniente: generalmente basta per questo una settimana;

Il giorno precedente: bagno caldo e riposo a letto;

Pasto leggero: zuppa, pesce o pollo lesso, spinaci al burro, qualche crostino, marmellata. Bevande a volontà; niente alcool, salvo speciali indicazioni;

Nella notte si può dare del latte tiepido limonato o aranciata;

Il campo operatorio sarà raso, lavato con etere e coperto da un lenzuolino sterile;

Si procuri di ottenere con un lassativo blando (quello al quale l'infermo è più abituato) una scarica normale;

Si puliscano accuratamente i denti con spazzolino e pasta antisettica.

Lasciar dormire l'operando, più tranquillamente che si può, fino alle 7;

Al mattino: nuova pulizia dei denti e se il lassativo non ha avuto effetto, amministrare un clisterino;

Mezz'ora prima dell'operazione, iniezione di mezzo milligr. di atropina e un centigr. di morfina;

Vuotare la vescica o notare l'ora dell'ultimo mitto.

A questo modo il paziente va in camera operatoria ben riposato, con i nervi a posto, per la soppressione di ogni eccitazione. I suoi tessuti non sono prosciugati da eccessive escrezioni, sudore e qualche volta anche diarrea, che suol accompagnare gli stati emotivi; il suo metabolismo è nelle migliori condizioni possibili, in modo che egli risente poco o nulla dello shock operatorio.

RISCHI DI SEPSI LOCALE.

Bisogna avere la cura più meticolosa di eventuali focolai settici della bocca e del naso; è un reato chirurgico operare con anestesia generale quando esistono di tali sorgenti d'infezione, che sono la causa delle pulmoniti che sopravvengono frequentemente negli operati.

Il rischio inerente all'anestetico è accresciuto quando esso è amministrato attraverso una cavità nella quale pullulano germi patogeni virulenti.

PRECAUZIONI SPECIALI.

Quando si sospetta di dover aprire lo stomaco o il tenue, qualche chirurgo suole dare al paziente soltanto latte sterilizzato ed acqua, per uno o due giorni avanti l'operazione. È un fastidio inutile, perchè il chimo nel duodeno e nel digiuno superiore, è ordinariamente sterile

In caso di stenosi piloriche, lo stomaco si vuota così male che vi si trova sempre un residuo alimentare decomposto, anche quando il paziente prende cibo liquido soltanto. In tali casi si faccia una lavanda dello stomaco la sera precedente all'operazione e poi non si amministri che liquidi in poca quantità.

Nelle operazioni sull'apparato biliare la preparazione richiede particolare attenzione e varia a seconda che vi è, oppur no, itterizia.

È prudente disinfettare previamente per una settimana le vie biliari, somministrando ad es. 50 cgr. o 1 gr. al giorno di *urosalene* (esametilentetramina solfosalicilato).

Se esiste itterizia, bisogna prevenire due pericoli: uno rappresentato dall'emorragia, dovuta alla diminuita coagulabilità del sangue; l'altro dalla relativa insufficienza epatica.

Contro il primo si pratichi una iniezione intravenosa di cloruro di calcio (5 cmc. di una soluzione al 10 %) per tre giorni.

Per l'insufficienza epatica si amministri per via rettale glucosio gr. 20, con 2 di bicarbonato di soda in 500 gr. d'acqua.

Quando si è in presenza di ostruzione del circolo colico, prima di fare una qualunque operazione, sarà necessario provvedere al regolare vuotamento di questo tratto d'intestino.

Nei casi urgenti non è possibile osservare le norme sù indicate: vi sono però degli avvedimenti che aumentano le probabilità del successo. Ad es.: il manifestarsi della perforazione d'un viscere, o l'insorgere d'una pancreatite acuta dà luogo ad una prostrazione immediata, ad uno shock, che rende il paziente per la prima ora o poco più *un brutto rischio.* Non si operi in questo breve periodo: si amministri morfina, si tenga il paziente in un letto ben caldo e s'intervenga non appena egli sarà in grado di poter affrontare lo shock operatorio.

Nell'appendicite acuta, specialmente dei bambini, quell'ora o due che passano prima dell'intervento, siano utilizzate a fare clisteri glucosati. Questi combattono gli avvelenamenti tardivi da anestetici, giacchè bisogna ricordare che molti di questi ammalati sono già in preda all'acidosi e ad un processo settico.

Ottimo provvedimento preoperatorio, nei casi di occlusione intestinale acuta, è il lavaggio dello stomaco, sebbene questo si riempia quasi subito col liquido che rifluisce dalle intestina. In casi di vomito fecaloide il lavaggio diviene inutile. Si userà la rachianestesia, giacchè la narcosi generale è pericolosa, a causa del vomito.

I benefici effetti dei procedimenti qui innanzi consigliati sono manifesti nelle operazioni sulla cavità addominale; tuttavia non sono trascurabili anche quando si opera su altre parti del corpo.

LORENZO FERRETTI.

NEUROLOGIA.

L'astenia.

(BENON. *Le Bulletin Médical*, 1928, n. 2).

La sindrome astenica è costituita da sintomi principali (astenia muscolare e psichica) e sintomi accessori (cefalea, rachialgia, insonnia, irritabilità).

Le astenie acute dipendenti da affezioni infettive e tossiche acute e subacute non hanno grande importanza clinica a meno che non passino allo stato di cronicità.

Le astenie croniche possono così classificarsi: 1) astenie croniche con affezioni organiche concomitanti; 2) astenie croniche senza affezioni organiche concomitanti; 3) astenie croniche con affezioni croniche concomitanti, ma senza relazioni con le affezioni stesse; 4) astenia periodica; 5) astenia costituzionale.

1. Le malattie che decorrono costantemente o eccezionalmente con sintomi astenici caratteristici sono quelle dipendenti da infezioni, intossicazioni o tossinfezioni croniche, tra cui le più comuni sono quelle che colpiscono il sistema nervoso. La paralisi progressiva nel suo periodo iniziale è spesso caratterizzata da sintomi astenici. Nella tabe, nella sifilide cerebrale con localizzazioni circoscritte l'astenia è rara. Nell'emorragia e nei rammollimenti cerebrali dopo l'ictus si verificano condizioni asteniche prolungate. Nel gozzo esoftalmico l'astenia è più periodica che cronica, mentre nel morbo di Addison è costante e dura per tutta la malattia.

Nel corso delle malattie del fegato (epatiti croniche) e dei reni, sopratutto nell'uremia, l'astenia è comune. Il diabete, il cancro, le dispepsie ed enteriti croniche, più o meno dolorose, possono accompagnarsi ad astenia cronica. Lo stesso si verifica nell'infezioni croniche dell'utero e degli annessi. La tubercolosi e la malaria raramente s'accompagnano ad astenia cronica, che si ha solo eccezionalmente nel saturnismo, nell'idrargirismo e nell'alcoolismo.

2. Nei casi di astenia cronica senza affezione organica concomitante la causa determinante è quasi sempre un fatto fisico, raramente un fattore morale. Questa causa fisica (infezioni, intossicazioni, traumi, sovraffaticamento, insolazione) cessa d'agire sul paziente, la malattia termina, ma lascia come conseguenza l'astenia cronica.

Tra le infezioni acute, che determinano questa condizione sono la meningite cerebro-spinale, l'influenza, il tifo, la febbre puerperale, la poliartrite acuta, il tifo esentematico, la pleurite, la malaria, ecc.

I traumi cefalici con commozione cerebrale sogliono lasciare un caratteristico stato di astenia cronica.

L'astenia cronica consecutiva a intossicazioni acute sono rare: se ne registrano casi in seguito a intossicazioni da carni avariate, da funghi, ecc.

Il sovraffaticamento fisico e intellettuale lascia spesso l'astenia cronica, e così anche l'insolazione.

Le varietà d'astenia da cause morali si possono verificare in seguito a fatti emotivi e passionali o ad accessi di delirio (ipertermie acute deliranti).

3. Tra le astenie croniche con affezione organica concomitante, ma senza relazioni con essa, vanno citati i casi di sifilide nervosa cronica. In queste forme l'astenia sembra dovuta ad altri fattori (emozioni, stati passionali, traumi, sovraffaticamento, ecc.) per i quali la sifilide rappresenta un elemento rafforzante o preparante.

4. L'astenia periodica assume forme varie. Gli accessi possono avere durata varia, da qualche ora a mesi e anni. Possono essere semplici o accompagnati da stati malinconici ed ipocondriaci, da irritabilità ed anche da vaghe idee deliranti. I soggetti hanno una chiara consapevolezza della loro condizione che espongono con linguaggio molto preciso. Altri elementi caratteristici sono la rapidità dello sviluppo dell'accesso, l'uniformità del periodo di stato, la rapidità della scomparsa. Gli accessi guariscono spontaneamente e non risentono l'azione di alcuna terapia. Talvolta si alternano con accessi di mania o d'iperstenia, dando luogo a forme circolari o alterne.

5. L'astenia costituzionale si manifesta fin dai primi anni della vita, è congenita e non acquisita. È importante la diagnosi differenziale con la debolezza mentale costituzionale. L'astenico congenito è capace di apprendere, può avere intelligenza viva, sicuro il giudizio, logico il raziocinio; il debole mentale invece apprende con difficoltà o non apprende affatto, impara a stento a leggere e a scrivere, non saprà mai scrivere una lettera o fare un calcolo, non apprenderà mai un mestiere. Conviene inoltre distinguerlo dall'apatico costituzionale: in questo l'attività motrice e l'ideazione sono ridotti, rallentati come nell'astenico, ma mentre questo si stanca rapidamente quando lavora, il primo può compiere lunghi sforzi come l'individuo normale.

Le considerazioni sopra esposte conducono alla conclusione che le astenie croniche possono effettivamente distinguersi in cinque gruppi:

astenie organiche, astenie funzionali, astenie indipendenti, astenie periodiche, astenie costituzionali o congenite. DR.

Degenerazione epatolenticolare di Hall.

(A. BARKMANN. *Acta Med. Scand.*, 1927, n. 3).

Sulla scorta di alcuni casi della letteratura e di un caso di osservazione propria, l'A. fa una critica serrata alle attuali concezioni sul sistema extrapiramidale e sulla sua fisiologia e patologia.

La pseudosclerosi sembra essere molto vicina, e forse una stessa cosa con la malattia di Wilson.

Invece ciò che fu descritto come spasmo di torsione di Mendel, e che ha avuto altri nomi da altri autori, non sembra una entità nosologica ben definita ma una fase di altre malattie, particolarmente della malattia di Wilson. Parecchie sindromi motorie che si possono incontrare anche nei funzionali si trovano a volte in alcune fasi delle malattie del sistema extrapiramidale (tics, movimenti coreici, atetosici, tremori, rigidità) sono complessi motori involontari, riproducibili però volontariamente, perchè sono automatismi stabilitisi gradualmente, e funzionanti sotto il controllo della corticalità.

Il caso dell'A. è particolarmente interessante, perchè si tratta di una fanciulla dodicenne, ipoplasica, la quale presentò dapprima tutti i segni della malattia di Wilson, compreso l'arco corneale di Fleischer e la cirrosi epatica, poi, dopo qualche mese, uno spasmo di torsione, e negli ultimi periodi prima della morte, dei movimenti bruschi simili a tics. La morte fu dovuta a bronchite purulenta. All'autopsia si trovò cirrosi epatica, e ipoplasia dei genitali; sulle alterazioni cerebrali l'anatomo-patologo pubblicherà poi estesa relazione.

Riguardo alla localizzazione esatta delle lesioni nelle malattie del sistema extrapiramidale, l'A. fa notare che vi è grande discordanza tra i vari osservatori e sperimentatori. Così è riuscito a Wilson stesso di distruggere nella scimmia, con l'elettrolisi, i corpi striati senza che si presentassero poi movimenti involontari, ipertonia, disturbi sensitivi o riflessi: e clinicamente si trovano talora lesioni estese dei due striati, senza che abbia preceduto la sindrome clinica speciale. Inoltre in molti casi di malattia di Wilson le lesioni non si limitano allo striato, ma si estendono alla corteccia, e al cervelletto.

D'altronde la rigidità e gli altri disturbi motori attribuiti al sistema extrapiramidale si presentano spesso nella encefalite epidemica, le cui lesioni non sono generalmente limitate ai nuclei della base.

L'A. conclude che è troppo presto ancora per tracciare una esatta anatomia, fisiologia, patologia del sistema extrapiramidale. Inoltre che se ha solido fondamento anatomo-patologico la denominazione di degenerazione epatolenticolare progressiva, essa però è una denominazione incompleta, perchè oltre alle lesioni epatolenticolari vi sono in molti casi altre alterazioni e anomalie di sviluppo, che rendono più complesso il problema della patogenesi.

DORIA.

Psicosi diabetiche.

(J. SCHIM VAN DER LOEFF e J. BARNHOORN. *Nederlansch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 24 marzo 1928).

Fra le varie psicosi sintomatiche, quelle diabetiche sono state scarsamente considerate fino ad ora, sebbene esse abbiano una certa importanza diagnostica e terapeutica.

Gli AA. si occupano di questo argomento riportando anche alcune osservazioni cliniche ed osservando che esse hanno il carattere di forme reattive esogene, nel senso dato da Van Bonhoeffer e si manifestano come forme amenziali, allucinatorie e deliranti.

Si deve parlare di psicosi diabetiche quando in un diabetico, di pari passo con un peggioramento della malattia, si osserva lo sviluppo delle forme accennate le quali sboccano direttamente nel coma diabetico, oppure migliorano col migliorare della malattia.

Come fenomeni accessori, possono eventualmente osservarsi dei fatti paranoici, maniaci o depressivi che trovano la loro origine nella costituzione psichica preformata dell'individuo.

Nonostante la relativa scarsità delle psicosi diabetiche, è opportuno tener presente la possibilità della loro manifestazione quando si osservano degli stati confusionali, poichè il riconoscerle precocemente e l'istituire un razionale trattamento antidiabetico è di grande importanza terapeutica.

fil.

DERMATOLOGIA.

La dermite pigmentata e purpurica degli arti inferiori.

(M. FAVRE e A. CHAIX. *Annales de médecine*, giugno 1927).

È un'affezione molto frequente che si osserva sui tegumenti degli arti inferiori, al disopra dei malleoli. Si manifesta con delle macchie brune più o meno scure, che coesistono spesso con varici o con ulceri. Le lesioni vanno generalmente

sotto il nome di eczema varicoso, ulceri varicose, pigmentazioni varicose.

Iniziano generalmente come macchie blu violette, che tradiscono un'origine emorragica. Assumono poi varia forma ed estensione, e possono coesistere macchie emorragiche recenti e macchie brune antiche, e qua e là isolotti di cute depigmentata. Sulle lesioni l'epidermide è sottile, spesso coperta da squame e lamelle di paracheratosi, che non è esatto chiamare col nome di eczema.

Sotto le placche di dermite si ha di solito una cellulite dolorosa, che può essere causa d'insonnie ribelli. È molto marcata quando sono intervenute infezioni secondarie.

Le lesioni venose che si osservano nella zona della dermite non sono puramente meccaniche, ma prevalgono i fatti di flebite.

Nelle sezioni microscopiche, il massimo delle lesioni si ha nella zona superficiale del derma, che assume spesso l'aspetto di un granuloma emorragico. Nei vasi neoformati si notano talora tratti obliterati per infiammazione parietale, talora tratti che presentano una particolare forma di degenerazione, detta dagli AA. acidofila, perchè si pone in evidenza fissando, e passando poi in alcool nitrico, come per la colorazione del tessuto muscolare, e poi colorando con ematossilina-eosina. Sono tratti omogenei, che non presentano però le colorazioni caratteristiche dell'amiloide.

Molti vasi neoformati si trovano in un connettivo lasso speciale che rassomiglia alla gelatina di Warton. Alterazioni si notano pure nelle venule, fino ad avere talora un aspetto angiomatoso, nelle arteriole profonde, e nei vasi linfatici, che presentano talora ectasie. Per le alterazioni dei vasi e del tessuto di sostegno si comprende la facilità delle emorragie da minime cause.

In un caso furono trovate nel tessuto neoformato cellule giganti, ma il paziente era certamente luetico: nel tessuto non si trovarono germi.

In uno studio ulteriore si ha una pigmentazione costituita da granuli che danno la reazione del ferro, intracellulari, e una sclerosi retrattile del derma con alterazione della sua struttura, e della struttura dell'epidermide soprastante che presenta abnorme proliferazione dello strato mucoso del Malpighi, e una paracheratosi. Nelle vene si nota una mesoflebite, analoga alla mesoarterite dissociante: qua e là si notano tracce di vasi obliterati riconoscibili per la persistente disposizione anulare delle fibre elastiche. Queste alterazioni sono sotto la dipendenza di alterazioni vascolari infiammatorie. Si tratta in genere di malati complessi, che hanno spesso aortiti o cardioaortiti, ipertensione, un grosso cuore aritmico, sclerosi viscerali multiple, sclerosi renale, ipertrofie epatospleniche, sclerosi polmonari senza bacilli di Koch. Spesso presentano gravi alterazioni dei riflessi; spesso la R. di Wassermann è positiva. Se non è in causa la sifilide sono in causa altre infezioni: così fu notata dermite emorragica dopo flebiti tifiche, puerperali, ulceri tubercolari o sporotricotiche.

La diagnosi diretta è facile. Basta sollevare gli arti per veder scomparire la cianosi sopramalleolare ortostatica, l'edema asfittico simmetrico delle gambe delle ragazze linfatiche, l'infiltrazione eritematocianotica dei neuroendocrini. La papula di lichen ha aspetto caratteristico e si distingue dalla forma lenticolare della dermite pigmentata. Forse potrebbe farsi confusione con la malattia di Schamberg, flogosi pigmentata ubiquitaria, a evoluzione progressiva, che si osserverebbe solo nell'uomo: ma è una forma rara, e ancora discussa.

Quanto al trattamento, occorre prevenire le ulcerazioni. Ciò è agevole se è in causa la sifilide, che va sempre attentamente ricercata, e curata tenendo conto di tutte le alterazioni organiche. Talora guariscono definitivamente anche ulceri costituite.

Se la sifilide non è in causa si hanno meno speranze di successo. Conviene però tentare la cura chirurgica delle varici, medicature non irritanti, certi topici come l'insulina, trattamenti fisioterapici, che del resto sono buoni coadiuvanti anche della cura antiluetica.

DORIA.

Studio sulla pelle in 500 casi di diabete.

(A. M. GREENWOOD. *The Journal of the Amer. Med. Association*, 3 settembre 1927).

I trattati sul diabete ricordano diverse complicazioni cutanee del diabete e le mettono in rapporto con la iperglicemia. Invece gli esperimenti in vitro hanno dimostrato che il sangue al quale era stato aggiunto 0.5 ad 1 % di destrosio non era un miglior mezzo di cultura per lo stafilococco di quello che non fosse il sangue normale e che l'aggiunta di destrosio non diminuiva il potere battericida del sangue.

Tuttavia parecchi autori hanno trovato che in pazienti affetti da malattie della pelle il tasso dello zucchero nel sangue era superiore al normale e che con la diminuzione di esso, miglioravano i sintomi a carico della pelle.

L'A. ha preso in esame 500 diabetici: di essi 194 erano maschi e 306 femmine; 124 presentavano una storia di malattie della pelle e 368 non avevano avuto alcun disturbo a carico della cute. Insomma su 500 diabetici uno ogni quattro aveva

avuto disturbi cutanei degni di memoria. Vi erano 33 casi di prurito di cui 17 locale e 16 generale.

In 115 malati la cute era secca, in 327 era umida. Il 43 % dei pazienti con cute secca avevano disturbi cutanei, e così pure il 29 % di quelli con cute umida. Si riscontrarono 198 casi di epidermofitosi dei piedi: cioè ne erano affetti circa il 40 % dei pazienti.

Dal confronto delle percentuali delle dermatosi riscontrate dall'A. nei suoi diabetici, con quelle dell'Ospedale Generale di Massachusetts e con quelle tolte dalla pratica generale da Lane, egli deduce che i diabetici vanno soggetti alle malattie della pelle più di frequente che non le altre persone.

Le malattie della pelle riscontrate nei diabetici dall'A. furono: la foruncolosi, il carbonchio, la erisipela, la psoriasi, l'eczema, l'epidermofitosi, la seborrea, lo xantoma delle palpebre e il morbo di Dupuytren. Quest'ultimo sembra che sia assai frequente nei diabetici, cosa riscontrata anche da Noorden, ma che l'A. non sa spiegare.

Egli crede infine opportuno avvertire ogni diabetico che la sua pelle è esposta più di quella degli altri alle malattie, particolarmente se è secca. e che i suoi piedi, così comunemente infettati dai funghi, debbono essere guardati con attenzione maggiore dell'ordinaria.

VICENTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

E. FORGUE. *Précis de Pathologie externe.* 8ª edizione 1928. Gaston Doin et C., Paris. 2 volumi rilegati. Frs. 150.

L'8ª edizione della *Patologia Chirurgica* di E. FORGUE torna a noi come una vecchia conoscenza, che il tempo ringiovanisce.

Questo libro è cosi diffuso fra i medici e gli studenti italiani che una presentazione non è necessaria.

I pregi della chiarezza e della brevità sono certamente quelli, che hanno reso così popolare questa opera, e per cui in circa 10 anni (non tenendo conto del periodo della guerra) si è arrivati dalla quinta (1912) alla ottava edizione.

In questa è conservata la divisione dell'opera in due volumi; ma il formato e i caratteri sono più grandi, gli spazi, che dividono le righe più ampi, così da stancar meno l'occhio.

È tenuto conto delle acquisizioni più recenti, sia per ciò che riguarda le infezioni, sia per ciò che riguarda l'etiologia dei tumori.

Molti capitoli sono ampliati, altri suddivisi: alcuni nuovi sono stati aggiunti.

I due volumi constano complessivamente di 2480 pagine; contengono 1085 figure e alcune tavole e sono corredati da un buon indice alfabetico.

Formano insieme una bella opera; vorremmo dire un'opera buona a beneficio dei medici e degli studenti.

R. ALESSANDRI.

A. K. HENRY. *Exposure of long bones and other surgical methods.* John Wright & Sons Ltd., Bristol, 1927.

L'A. ha riunito in un elegantissimo volumetto una serie di lavori su diversi argomenti, da lui pubblicati fra il 1920 e il 1926, per lo più sul *British Journal of Surgery.* Nella prima parte sono esposti i metodi per scoprire su tutta la lunghezza il femore, la tibia, il perone e il radio secondo linee di incisione, un po' diverse da quelle abitualmente usate e che sono certamente semplici e rapide, benchè richiedano una grande esattezza, e non siano molto facili. Nella seconda parte viene esposta una tecnica per legar la vertebrale nella sua seconda porzione e la succlavia nella prima, e vengono presentati alcuni nuovi strumenti. Il libro è molto originale e abbonda di notizie di grande importanza pratica.

M. A.

LEVEUF e GIRODE. *Le traitement des fractures du col du fémur par la méthode du Pr. Delbet.* Ed. Masson, Parigi. Vol. di 148 pag. con 164 fig. Fr. 30.

Gli AA. hanno raccolto in questa monografia tutti i casi di frattura del collo del femore operati dal Delbet stesso dal 1909 ad oggi con il suo metodo di incavigliamento transcervicale e riportano i risultati a distanza di 90 pazienti. Tutti i casi sono riccamente illustrati.

In un capitolo a parte vengono trattate le indicazioni dell'intervento e le ultime modificazioni alla tecnica originale fatte dallo stasso Delbet.

VALDONI.

P. MÉNÉTRIER. *Cancer, Formes et varietés des cancers et leur traitement.* 2ª ediz. 1 vol. in-8º gr., di p. 768 con 322 figure (XIII-bis del *Nouveau Traité de Méd. et Thérap.*, diretto da Brouardel Gilbert e Thoinot). Parigi, J.-B. Baillière et Fils (rue Hautefeuille, 19). Prezzo Fr. 120.

L'A. espone i dati nuovi che fornisce la patologia sperimentale e che portano a rinnovare ed a precisare molte delle nostre conoscenze: cancro da parassiti, da sostanze chimiche, innesti del cancro, metabolismo dei cancerosi, ecc. ecc. Studia e precisa minutamente i tipi anatomici ed

istologici in quadri che vanno completandosi, in specie per quanto concerne i tumori delle glandole endocrine, i derivati neoplasici, gli embrioni, ecc. Descrive i metodi diagnostici che utilizzano le tecniche più perfezionate tra cui quelle radiologiche e serologiche e che consentono una diagnosi anticipata più sicura e più completa e contribuiscono certo a determinare un aumento apparente dei casi di cancro, rivelatoci dalle statistiche e di cui tanto si preoccupano il pubblico ed i medici. Nell'esame dei metodi terapeutici l'A. fornisce le indicazioni generali, atte a guidare i medici non specializzati, a informarli nella scelta del trattamento da istituire. Per quanto concerne l'applicazione pratica dei diversi trattamenti — chirurgia, curieterapia, roentgenterapia, diatermo-coagulazione, ecc. — l'A. insiste sulla nozione che l'apparente facilità di essi dissimula difficoltà reali; ad esempio, non basta asportare il seno canceroso e ricucire, ma occorre liberare la paziente anche di tutti i tessuti sospetti. Le tecniche chirurgiche progrediscono di continuo e i metodi actinoterapici passano oggi dalle promesse alla realizzazione. Per l'esposizione di questi metodi l'A. si è valso della cooperazione competente di Rubens-Duval, capo del Laboratorio Saint-Michel per lo studio del cancro.

E.

LEWIN CARL. *Die Aetiologie der bösartigen Geschwülste.* Berlino, Julius Springer, 1928.

È un libro di circa 200 pagine in cui l'A. condensa le conoscenze che si hanno sulla etiologia dei tumori. Riporta la teoria di Cohnheim mancando al solito qualunque accenno a quella di Durante, la teoria di Ribbert e la teoria di Virchow degli stimoli di cui elenca tutte le sorgenti fisiche, attiniche, chimiche con gran parte della letteratura sui tumori da catrame. Parla dei tumori da innesto omo ed etero-genei, dell'importanza dei parassiti come causa di tumori maligni, accenna ai tumori delle piante, ai tumori speciali dei polli di Peyton Rous con le esperienze di Gye e Barnard. Tratta poi dei fattori endogeni (costituzione, disposizione, immunità congenita ed acquisita) e finalmente della biologia delle cellule neoplastiche mediante le culture artificiali.

R. BRANCATI.

SICARD et GAUGIER. *Traitement des varices par la méthode sclérosante.* Masson, Paris.

Gli AA. riferiscono la loro esperienza su numerosissimi casi curati in più di 10 anni col trattamento locale preconizzato dal Sicard. Essi vogliono dimostrare come il metodo sia facile, scevro di pericoli quando sia usato in casi appropriati e con tecnica ben regolata. Questa è molto semplice e alla portata di tutti. Certamente si tratta di un processo che applicato con una giusta indicazione può dare buoni risultati.

M. A.

BRUNN. *Kurze Geschichte der Chirurgie.* Berlino, Julius Springer, 1928. RM. 24.

È un compendio di storia della chirurgia che iniziando le conoscenze sui popoli egiziani, della Cina e del Giappone di cui riporta figure di concezioni primitive di anatomia, di chirurgia, tratta poi della chirurgia della Persia, dell'India con le plastiche all'indiana, della Grecia antica con gli studi di alterazioni chirurgiche rilevate da pezzi votivi e quindi della chirurgia dell'epoca romana ricordando Galeno, Celso. Tratteggia con numerose figure la chirurgia degli arabi, ricorda la scuola di Salerno e riporta alcune figure dell'anatomia di Leonardo da Vinci e di Andrea Vesalio. Accenna alle plastiche alla Tagliacozzo e poi viene mano mano al 17° secolo con Harvey, Sydenhain, Sculteto riportando delle interessanti figure sulla trasfusione del sangue tentata intorno al 1667 e ricordando i principali cultori della medicina con Morgagni, Desault, Scarpa.

Finalmente giunge al tempo moderno con la fila degli scienziati da Pasteur a Lister ricordando poi i chirurgi più famosi di ogni nazione e dei nostri Rizzoli, Vanzetti, Gritti, Bottini e Bassini. È un libro pieno d'interesse che in poco più di 300 pagine ci dà per sommi capi tutta la storia della chirurgia.

R. BRANCATI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Associazione Medica Italiana di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

Sezione Talassoterapica.

(*Venezia, settembre 1927*).

Presiede: F. VITALI.

VITALI FABIO. — *Modo di maggiormente valorizzare le spiagge italiane.* — È costituito dallo studio accurato delle proprietà climatiche e cliniche delle differenti spiagge.

CERESOLE GIULIO. — *Errori della climatoterapia e climatoterapia coreografica.* — Mette in luce l'errato indirizzo che non di rado guida le applicazioni climatoterapiche, dimostra quali sono le ragioni per cui la climatoterapia dà risultati spesso inferiori a quelli che a buon diritto si attendono e come sia necessaria maggiore severità nella scelta degli individui da mandare alle stazioni climatoterapiche siano esse alpine o marine e quali siano gli errori principali della tecnica climatoterapica.

CERESOLE GIULIO. — *Aria marina e paramarina.* — Illustra le sue osservazioni e ricerche sperimentali sui caratteri dell'aria di mare vera e propria, e fa conoscere come a breve distanza dalla spiaggia essa perda il carattere marino, diventando capace di dare benefici effetti in forme morbose che non tollerano l'aria di mare.

Dott. PULLÈ. — *Sopra alcune pratiche poco note e poco usate di Talassoterapia.* — Riferisce sull'uso interno dell'acqua di mare per bibita e per irrigazioni.

Dott. GRANDESSO. — *Le curve di aumento di peso negli individui mandati in cura sulla spiaggia di Pellestrina.* — Fa conoscere che mentre tutti i soggetti al loro arrivo aumentano di peso, qualunque sia la stagione, tale aumento però è molto più marcato nei mesi freddi e freschi, che non nei mesi caldi. Nei soggetti che fanno prolungato soggiorno, l'aumento è massimo nell'inverno e primavera, mentre nell'estate si riduce assai, e qualche volta nei mesi caldi, luglio e agosto, diminuisce.

Prof. GALLO. — Conferma questo fatto anche pei soggetti sani che vivono al Lido.

Dott. MAGNI. — *Osservazioni di Climatologia.* — Fa conoscere i risultati delle sue osservazioni, di notevole interesse che mettono in luce caratteristiche poco note del clima della spiaggia di Lido.

CERESOLE GIULIO. — *Come dovrebbero esser fatte le osservazioni metereologiche che servono per la Climatoterapia.* — Egli dimostra che molto sovente i dati rilevati dai comuni Osservatori metereologici si riferiscono a condizione di ambiente che non corrispondono affatto a quelle nelle quali si vive.

Prof. DE FRANCESCO. — *Indicazioni e controindicazioni delle cure solari marine.* — Riferisce che non tutte le forme morbose mandate al mare vi si avvantaggiano e che le cure solari devono esser condotte con metodo severo, studiando la reattività dei soggetti ed infine che le diverse stagioni hanno azione variamente benefica sui vari morbi e sui vari soggetti.

Dott. GRANDESSO. — *Il coefficiente climatico nella cura elioterapica.* — Contrariamente a quanto fu asserito da qualche autore non è indifferente che la cura solare sia fatta in una località piuttosto che in un'altra, l'zione benefica del sole manifestandosi in qualunque luogo anche in pianura, ma che il massimo effetto si ottiene quando sia integrata dell'azione del clima (nei casi illustrati dal dott. Grandesso, dal soggiorno al mare).

Dott. BICH. — *Variazione della riserva alcalina durante la cura solare.* — Riferisce come la cura solare aumenta le riserve alcaline, donde il beneficio per la rachitide, nota però che durante i giorni di intenso calore l'azione benefica è ridotta e può anche mancare.

Dott. MINUTILLA. — *Questioni fiscali.* — Richiama l'attenzione dell'assemblea su di una clausola per la quale ogni edificio costruito in muratura sulle spiagge, alla scadenza della concessione, diventa proprietà dello Stato. L'oratore fa rilevare quanto dannosa sia questa disposizione per lo sviluppo degli istituti balneari.

Dott. BARDISAN. — *Tecnica elioterapica nei mesi caldi.* — Dimostra che è gravissimo errore esporre al sole i pazienti nelle ore più calde della giornata.

Dott. PELOSO. — *Il clima di Sacca Sessola.* — Dotta relazione che illustra il carattere lagunare del clima dell'isola, tanto utile ai malati di petto, mentre non lo è quello della spiaggia che riesce fortemente nocivo.

DE PAOLI SERENA. — *Risultati della cura marina di circa 60 anni nell'Ospizio Marino Veneto.* — Studio statistico che dimostra i brillanti successi ottenuti. S.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche.

Seduta del 23 marzo 1928.

Presidente: Prof. R. GALEAZZI.

Sulla sterilizzazione dei portatori di bacilli tifici colla ent rovaccinazione.

Prof. G. TRON. — L'O. ha tentato la sterilizzazione di 10 portatori convalescenti di bacilli ti-

fici per mezzo dell'enterovaccino misto tifo e paratifi A e B dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

I bacilliferi trattati erano convalescenti di febbre tifoide entro i tre mesi dalla guarigione clinica ed avevano dimostrato in ripetuti esami batteriologici i bacilli nelle feci. La cura vaccinica è stata condotta per 8 giorni consecutivi durante i quali i soggetti in esame ingerirono ogni mattina a digiuno 4 compresse di vaccino. Complessivamente i bacilliferi ricevettero per via gastrica 800 miliardi di germi ed estratto di bile secca corrispondente a 80 cmc. di bile fresca.

In 8 casi su 10 si ebbe la scomparsa dei germi dalle feci dopo la cura. Gli esami di accertamento batteriologico furono fatti ripetutamente subito dopo il trattamento e alcuni mesi dopo.

In un caso non si ottenne la scomparsa dei germi dopo la cura ed il trattamento venne proseguito per un'altra settimana: il soggetto si sterilizzò dopo questa seconda cura. Nell'ultimo caso i bacilli scomparvero definitivamente dopo due periodi di cura della durata di 8 giorni cadauno.

Sulla chemioterapia della streptotricosi.

Prof. G. DESSY. — L'O. espone le proprie ricerche sulla chemioterapia della streptotricosi. Lo studio riguarda l'azione di 59 sostanze coloranti e 20 sali metallici su una streptotricea acido resistente. (Nocordia Sanfelicei, n. sp.).

Le prove in vitro vertenti sullo studio del potere inibente lo sviluppo culturale e battericida diedero modo all'O. di venire alla conclusione che esistono sostanze coloranti, appartenenti specialmente ai gruppi del trifenilmetano, tiazine, ossiazine, acridine dotate di spiccata attività in vitro e che fra i metalli quelli dotati di maggior azione sono il cadmio, l'oro, l'uranio, l'alluminio, il rame, lo zinco, il nickelio, il cerio e il torio.

Le prove in vivo eseguite su 66 conigli e con quelle sostanze che avevano dimostrata maggior attività in vitro, confermarono in generale i risultati avuti in vitro.

La maggior parte di queste sostanze non impediscono la formazione del granuloma streptotricosico, ma riescono ad arrestare alla fase iniziale il processo morboso e a volgerlo a guarigione; alcune altre (almeno se inoculate contemporaneamente ai germi) come il violetto di metile, la pioktanina, il nickelio e l'alluminio pare impediscano la formazione del granuloma.

L'O. si riserva di continuare le ricerche con più minuta analisi.

Sulla filtrabilità del bacillo tubercolare.

SCHIAVO EDMONDO (Studente del 5º anno). — Ricerche su 18 espettorati e 4 pus tubercolari, e su organi di animali tubercolotici fatte per mettere in evidenza la eventuale forma filtrabile del bacillo di Koch, hanno dato risultati negativi.

Complessivamente sono state inoculate 152 cavie con filtrato per candela Berkefeldt W. Di queste una sola ha presentato lesioni tubercolari; nelle altre fu negativo il reperto necroscopico e l'esame in preparati a striscio delle linfoghiandole colorati col metodo di Ziehl-Gabet.

Il Segretario: Dott. E. ETTORRE.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 26 febbraio 1928.

Presidenza: Prof. F. GIUGNI.

Note di clinica a proposito dei rapporti fra erpes zooster e varicella.

G. GHETTI (Faenza). — L'O. illustra due casi di varicella e uno di erpes zooster occorsi in una stessa famiglia. Dall'esame clinico e sopratutto dal criterio epidemiologico trae la convinzione che l'erpes zooster insorto dopo il primo caso di varicella sia stato l'anello di congiunzione fra quello ed il secondo caso di varicella; e, pur mancando il criterio microbiologico, i fatti esposti lo conducono a pensare all'unicità delle due malattie in questione.

Estrazione di un corpo estraneo difficilmente accessibile.

A. ROSSI (Lugo). — L'O. presenta un soggetto il quale per ben sette anni ha ritenuto un lungo frammento di coltello, per ferita vibratagli alle spalle, nelle fosse sopraspinosa e sopraclaveare di destra situato profondamente, non avvertibile coll'esplorazione manuale, ma solo colla radioscopia e ledente il plesso brachiale con monoparesi dell'arto superiore destro. Ripetuti tentativi di estrazione compiuti precedentemente in altra clinica, seguendo vie anteriori di accesso (paraclaveare e acromiosternale) non permisero neppure di raggiungere il frammento.

Questo, lungo 8 cm., ed incuneato posteriormente sotto il bordo superiore della scapola e colla punta infissa fra gli scaleni, potè dall'O. essere raggiunto e disimpegnato aggredendolo per via retrograda, mediante incisione interessante le due fosse surricordate, con parziale demolizione del bordo scapolare.

Dopo l'estrazione, le condizioni di innervazione dell'arto superiore destro, alterate per tenaci aderenze e costrizione dei tronchi del plesso brachiale alla spessa capsula fibrosa, che avvolgeva il frammento metallico, sono venute progressivamente e notevolmente migliorando.

L'estrazione dalla via anteriore avrebbe quasi certamente determinato la lesione di tronchi nervosi e lesione dei grossi vasi succlavi.

Sarcoma primitivo dello stomaco a sviluppo esogastrico.

G. CAVINA (Cesena). — L'O. presenta una donna di anni 53, operata da circa 8 mesi per un grosso tumore sviluppatosi nella retrocavità degli epiploon su un punto assai circoscritto di inserzione sulla faccia posteriore dello stomaco in prossimità della grande curva.

L'esame microscopico dimostra trattarsi di un sarcoma a grandi cellule fusate originatosi probabilmente dal connettivo di sostegno della tonaca sottomucosa.

Cura della peritonite tubercolare, specie nei riflessi dell'azione specifica dell'A. T. B.

F. PASCUCCI (Santarcangelo). — L'O. attraverso l'esame della terapia della peritonite tubercolare, nota come vi siano casi, specialmente nelle forme ad essudati plastici diffusi ed in quelle cosidette ulcero caseose, in cui la cura chirurgica non è possibile e la cura medica è insufficiente.

Ritiene di giovamento ricorrere allora al trattamento specifico ed espone 16 casi nei quali l'uso dell'A. T. B. che è una tubercolina comune umana di Koch preparata dalla Fabbr. Lomb. Prodotti Chimici, si sono avute 14 guarigioni in breve tempo, una recidiva ed un decesso in seguito con concomitanti lesioni polmonari.

Invita perciò i colleghi a voler con fede praticare anche la cura specifica nella p. t. c. che è sempre utile quando nel paziente non vi siano notevoli lesioni polmonari in atto.

Trattamento di fistola vescico-vaginale per via transvescicale.

P. LELLI-MAMÍ (Cesena). — L'O. riferisce un caso di fistola vescico-vaginale alta (iuxta cervicale) d'origine puerperale, operata con esito felice per via transvescicale dopo che era stata tentata con insuccesso la via vaginale.

Spiegando le ragioni che hanno indotto alla cura con tale metodo, elenca le indicazioni di questo, che pur essendo stato ancora adottato in pochi casi, ha notevoli pregi.

Tubercolosi primitiva del muscolo pettorale.

A. ROSSI e P. FIASCHI (Lugo). — Gli OO. illustrano un caso, operato nell'Ospedale di Lugo, di tubercolosi primitiva del M. pettorale sinistro, senza lesione della ghiandola mammaria, in un giovane che aveva precedentemente patito lesioni traumatiche (contusioni) alla parete toracica e nel quale non furono mai riscontrate altre localizzazioni di infezione tubercolare.

La tubercolosi muscolare era del tipo nodulare con tendenza alla caseificazione; però, in una parte del muscolo si notava tendenza alla forma cirrotica evolvente verso la sclerosi.

Il caso aggiunge interesse al rapporto fra trauma e tubercolosi nel campo della medicina legale.

Una lesione professionale nei barrocciai.

P. LELLI-MAMI (Cesena). — L'O. descrive una lesione professionale da posizione che si riscontra nei barrocciai del Cesenate. Essa si presenta come una bozza alla regione frontale e consiste in una borsa mucosa sottocutanea.

Nella letteratura non esiste descritta una simile lesione professionale, inoltre non è ricordata una sede simile per borsa mucosa.

Sull'ernia perineale.

P. FIASCHI (Lugo). — Presenta due casi non ancora operati di ernia perineale e fa considerazioni sulla patogenesi.

P.

Società di Coltura Medica della Spezia.

Seduta del 23 marzo 1928.

Presidente: Prof. Dott. RINALDO CASSANELLO.

In un'aula dell'Ospedale Civile, ebbe luogo la prima riunione della Società.

Prof. RINALDO CASSANELLO. — Riferisce su un caso assai grave di *tumore del collo* nel quale dovette praticare la resezione di circa 6 cm. di A. carotide primitiva, di V. giugulare interna e del pneumogastrico, senza disturbi circolatorii cerebrali o respiratori nell'operato, e trae argomento da questo felice risultato per confermare la bontà della teoria di Ceci nella sistematica allacciatura simultanea della carotide e della giugulare interna, anzichè della sola carotide primitiva.

Il prof. dott. METELLO FRANCINI, Direttore Chirurgo dell'Ospedale Civile di Fivizzano, riferisce un caso, assai raro, di *tubercolosi iperplastica stenosante dello stomaco*, guarito in modo durevole colla gastro enterostomia ed illustra ampiamente, dal punto di vista dell'eziologia, dell'anatonomia patologica, della clinica e della terapia, il tubercoloma gastrico.

Il prof. FRANCINI comunica inoltre un difficile caso di estrazione di *corpo estraneo* (pezzo di dentiera) dalla porzione cardiaca dell'esofago, da lui praticata per via gastrotomica.

Il dott. GINO BARBACCI porta un notevole contributo alla terapia dei processi infiammatori purulenti coi raggi X che egli ha avuto occasione di praticare con buon esito in parecchi casi.

Il prof. dott. VINCENZO PIETROFORTE illustra estesamente un caso di *megacolon congenito* in un bambino e mette in rilievo i buoni risultati che si possono attendere in questi casi estremamente gravi da una terapia medica, specialmente a base endocrina.

Il prof. dott. LUCIO DI BERNARDO, riferendo su un caso da lui praticato di *autotrapianto ovarico* entro la cavità uterina, tratta della importante questione dei trapianti ovarici, mettendo in rilievo i vantaggi che da essi si possono avere e gli inconvenienti.

Il dott. DOMENICO ROLLAND comunica un caso di *embolia dell'arteria tibiale anteriore* in una giovane signora di 28 anni nella quale, per la sopravvenuta gangrena della gamba, con grave infezione gassosa, fu necessario praticare l'amputazione dell'arto.

Mettendo in rilievo la rarità del caso, tratta estesamente della eziologia, dell'anatomia patologica e della clinica di questa embolia di origine cardiaca negli arti inferiori e della terapia opportuna.

C.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Leptospira icteroides, Leptospira icterohaemorragiae e febbre gialla.

È noto che la controversa eziologia della febbre gialla parve finalmente risolta nel 1919, dopo le ricerche del Noguchi, ritenute da molti come esaurienti.

Il Noguchi affermò, infatti, di avere identificato il vero agente specifico della febbre gialla, in una speciale spirocheta da lui chiamata *Leptospira icteroides*, rassomigliante alla *Spirocheta* o *Leptospira icterohaemorragiae*, agente specifico dell'ittero infettivo o morbo di Weil.

La scoperta di Noguchi parve anche armonizzare con i dati epidemiologici riguardanti la febbre gialla, perchè, secondo esperienze eseguite dal Noguchi stesso, una particolare zanzara: la *Stegomya fasciata* o *Aëdes aegipti*, già ritenuta ospite intermedio del virus della febbre gialla, sarebbe stata capace di maturare e sviluppare nel proprio corpo la *Leptospira icteroides* e di inocularla e trasmetterla, mediante puntura, agli animali e all'uomo.

Ma, da qualche tempo a questa parte, controlli e ricerche di vari autori avevano posto seriamente in dubbio l'attendibilità e la esattezza degli studi e dei resultati dell'autore giapponese.

Sono ormai parecchi, gli autori i quali non credono più all'asserita importanza eziologica della *leptospira* di Noguchi, nella febbre gialla. Ad ogni modo l'accordo è ormai unanime, nel ritenere che la *leptospira icteroides* non sia altro che la *leptospira icterohaemorragiae* della malattia di Weil.

Recentissime nuove esperienze di Theiler, Gay e Sellards (*Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 1928, n. 1, pag. 70), hanno apportato ulteriori contributi a questa nozione della identità fra *L. icterohaemorragiae* e *L. icteroides*. Anzitutto è risultato possibile il determinare, nelle cavie, una immunità incrociata con questi due germi. Il siero dei convalescenti di febbre gialla, non protegge affatto le cavie contro la *L. icteroides* e neppure contro la *L. icterohaemorragiae*, mentre il siero di ammalati guariti da malattia di Weil protegge le cavie contro l'uno e l'altro di questi microbi. Facendo pungere da zanzare (*Aëdes aegypti*) infettate appositamente con *L. icteroides*, cavie e soggetti umani, gli autori non sono mai riusciti a produrre alcuna infezione. Lo studio sperimentale sul destino delle *Leptospire icteroides* succhiate dalle zanzare che si suppongono trasmettitrici del virus della febbre gialla, ha dimostrato che le *Leptospire* stesse, anzichè moltiplicarsi e sopravvivere nel corpo dell'*Aëdes egypti*, vi si vanno rarefacendo progressivamente e scompaiono dopo qualche settimana.

Le conclusioni degli autori suindicati sono le seguenti:

1) *L. icteroides* e *L. icterohaemorragiae* sono germi identici.

2) Essi non sono affatto trasmessi dalla zanzara (*Aëdes aegipti*).

3) Essi non hanno alcun rapporto di causa a effetto con la febbre gialla.

Le reazioni immunitarie ottenute, non permettono di distinguere un siero d'individuo immunizzato contro la febbre gialla, da un siero normale. Una reazione positiva ottenuta con *L. icteroides* o con *L. icterohaemorragiae*, indica un'infezione da leptospire e non la febbre gialla. Gli ospiti abituali e i serbatoi delle leptospire sono i roditori e non le zanzare.

L. V.

Importanza dei germi intestinali nella etiologia delle flebiti ostetriche e ginecologiche.

Spesso dopo un parto asettico od una operazione addominale sopraggiunge una *phlegmasia alba dolens* o una embolia mortale che non è facile potere attribuire ad una infezione streptococcica. Hugel e Delater (*Le Monde méd.*, vol. 37°, n. 705, 1° aprile 1927) pensano invece che la causa di ciò debba ricercarsi in una infezione da germi intestinali; e pensano a una sindrome entero-geno-genitale frusta. Essi basano questa opinione su vari fatti: sui sintomi, abituali nelle donne, di una ritenzione fecale, e del suo risentimento sui reni e sull'urina, dove spesso si trovano germi intestinali; sulla constatazione del coli bacillo e enterococco nelle mucosità cervicali di un utero funzionalmente normale; infine sul rilievo istologico, fatto in uteri apparentemente sani, di lesioni minime di endometrite, e di trombosi di alcune vene parietali.

La dottrina degli AA. sarebbe confermata dai benefici ottenuti con auto-vaccino preparato coi germi dell'urina e delle feci.

L. TONELLI.

Ricerche sulla filtrabilità del virus tubercolare.

La questione della filtrabilità attraverso candele porose del virus tubercolare continua a richiamare l'attenzione degli studiosi.

G. Peloso (*Tubercolosi*, n. 7, luglio 1927) ha eseguito esperienze di filtrazione attraverso la candela Berkfeld W di materiali tubercolari (espettorati; liquido purulento di una pleurite pneumotoracica) ottenendo costantemente risultati negativi, sia inoculando il filtrato alle cavie, che seminandolo nei vari terreni di cultura.

Inoltre eseguendo col liquido filtrato la cutireazione su malati che reagivano positivamente alla tubercolina, ebbe sempre risultati negativi.

M. SABATUCCI.

CASISTICA.

L'infezione acuta dei germi dentari nel poppante.

R. Caussé (*Journ. de médecine de Paris*, 2 febbraio 1928) riporta il caso seguente:

Un poppante di poche settimane, fino ad allora sano, presenta bruscamente esoftalmo unilaterale accentuato e rigonfiamento della guancia; stato generale grave, temperatura oltre 40°. Segni di meningite, 160 linfociti nel liquor.

All'esame si nota che il margine gengivale dal lato dell'esoftalmo è di un rosso più vivo che dall'altra parte, ma non vi è edema nè infiltrazione nè del margine gengivale, nè del velo palatino; la fossa nasale è ingombra di muco-pus.

In presenza di questi sintomi, si pensò ad un'osteomielite del mascellare superiore con propagazione delle lesioni verso il fondo dell'orbita; quanto ai fenomeni meningei, si sa che tale reazione è quasi costante negli stati morbosi gravi del poppante.

Si istituì un trattamento medico con applicazione di calore in permanenza, facendo una prognosi grave. Ma all'indomani, sul margine gengivale, si aprì un piccolo ascesso ed uno stiletto introdotto nel tragitto fistoloso arrivò fino sopra un punto osseo denudato. Allargata con bisturi la porta d'entrata, si rilevò che il punto osseo era in realtà un germe dentario e si estrassero due germi dentari che erano immersi nel pus. Immediatamente, la temperatura si abbassò ed il bambino in breve guarì. Non si trattava dunque di osteomielite, ma di infezione dei germi dentari.

Fatti di questo genere, senza essere molto rari, non sono comuni. La diagnosi si fonda su tre punti principali: 1) rigonfiamento molto marcato della guancia che arriva fino alla palpebra inferiore e che può dare l'esoftalmo; 2) fossa nasale del lato affetto ingombra di pus; 3) margine alveolare che si tumefà rapidamente, con formazione rapida di piccoli ascessi e formazione di tragitti fistolosi, attraverso i quali si eliminano i germi dentari.

Malgrado si abbiano talora sintomi gravi di forma settico-piemica, la prognosi è generalmente favorevole. L'incisione successiva all'apertura spontanea dell'ascesso deve essere limitata il più che sia possibile. Non si dovrà mai intervenire presto, tanto più che spesso è impossibile localizzare il punto preciso dove si trovano i germi infetti. Non bisogna poi dimenticare che la perdita dei germi dentari provoca l'assenza dei denti in tale punto e probabilmente l'atrofia del mascellare.

Sembra che l'infezione dei germi dentari sia consecutiva alla sinusite mascellare di origine nasale.

fil.

Le variazioni di temperatura del poppante nel periodo digestivo.

Dalle osservazioni di Fourcade (*Journ. de médecine de Paris*, 1928, n. 5) risulta che nei bambini clinicamente sani la poppata della quantità normale di circa 120 cmc. è seguita da elevazione di temperatura che raggiunge il massimo dopo una mezz'ora circa, fino ad un grado od un grado e mezzo oltre la normale. Soltanto in casi eccezionali l'A. ha osservato un abbassamento.

Le curve ottenute nei diversi modi di allattamento sono sensibilmente paragonabili fra loro.

Le poppate insufficienti (40 cmc.), i vomiti, la diarrea fanno abbassare la curva della temperatura post-alimentare.

I prematuri, i sifilitici, i deboli hanno curve di temperatura discendente fino a quando si mantengono di peso stazionario, mentre si avvicinano a quelle normali quando incominciano a crescere bene.

Con la sostituzione del latticello al latte (nell'allattamento artificiale) si hanno curve ascendenti, ma con un massimo di un mezzo grado. Il brodo di legumi e l'acqua zuccherata lasciano la temperatura stazionaria.

Del tutto irregolari sono le curve nell'alimentazione con latte secco, in cui si arriva anche a 38°,5 e fino a 39°; la curva ridiventa normale quando si ritorna all'alimentazione con latticello o con latte di vacca.

Nessun rapporto si è osservato fra la leucocitosi digestiva e le curve della temperatura.

fil.

TERAPIA.

Il trattamento della polmonite lobare acuta.

J. Hay (95° *Congresso della British med. Assoc.*) osserva che la polmonite tende a guarire spontaneamente nel 75% dei casi. Il fatto più comune per cui si ha la morte è dato dall'in-

sufficienza circolatoria, provocata a sua volta da: 1) tossiemia; 2) anossiemia; 3) affaticamento del cuore destro.

Il trattamento razionale consiste quindi nel tenere il malato più che sia possibile all'aria pura e nel lasciargli il più completo riposo fisico e mentale. Molto controversa è la questione sull'utilità o meno dei vaccini, i quali, ad ogni modo, devono essere somministrati entro i tre primi giorni. In riguardo ai sieri, sembra che soltanto il tipo I si sia dimostrato di qualche utilità.

Nel trattamento sintomatico si deve anzitutto dare sollievo al dolore ed all'insonnia, e gli oppiacei vi sono particolarmente indicati. Per prevenire l'insufficienza cardiaca si deve mettere in uso tutti i mezzi per mantenere l'efficienza del miocardio; si somministrerà l'ossigeno ai primi segni di cianosi, si eviterà l'uso dell'alcool che, a detta dell'O. può essere dannoso; si somministreranno digitalina e caffeina, la quale si è dimostrata un buon stimolante cardiaco; invece la stricnina non agirebbe in questo senso.

H. Wynn (ibidem) ammette la grande utilità dei vaccini, per il quale usa delle culture primarie incominciando da una dose minima (nell'adulto) di 100 milioni. I grafici dimostrano il rapido abbassamento della temperatura se il vaccino è dato nei primi 2-3 giorni; se è dato più tardi, i risultati sono meno evidenti e sono necessarie parecchie iniezioni. Non è da temersi, egli aggiunge, la reazione della fase negativa, che si osserva soltanto dopo un certo tempo dall'inizio.

H. M. Fletcher (Ibidem) concorda nella prescrizione del riposo più assoluto; ma, per quanto riguarda l'alcool, ritiene che sia dannosa la proscrizione assoluta, poichè in qualche caso esso può essere utile. Degna di considerazione è la diatermia. Egli usa sistematicamente l'ossigeno, che ritiene il migliore agente terapeutico; nessun effetto ha ottenuto con il nucleinato di sodio, che invece ad altri (Gardner-Medwin) ha dato in 48 ore la caduta critica della temperatura.

S. McDowall (Ibidem) raccomanda il salasso come il mezzo migliore per combattere l'insufficienza cardiaca. Anche l'alcool può essere utile in quanto che riduce la pressione venosa; esso è poi vivamente raccomandato da Hewatt. La respirazione frequente ed inefficace può essere dovuta all'esagerazione del riflesso di Herrig-Breuer, il quale può venire abolito mediante l'adrenalina, che sarebbe quindi utile per combattere tale deficienza della respirazione la quale provoca, a sua volta, una deficiente aereazione del sangue. *fil.*

Pleurite e cloruro di calcio.

È noto l'uso del cloruro di calcio nelle pleuriti, in cui si somministra nella quantità minima di 15 grammi al giorno, prescrivendo un regime alimentare povero in cloruro di sodio.

Secondo Blum, i tre elementi indispensabili per la formazione di un essudato sono l'acqua, l'albumina ed il sodio. Se si ammette che quest'ultimo si trova nell'ambiente umorale come antagonista del calcio, basterà somministrare forti dosi di calcio per provocare un'abbondante eliminazione di calcio e fare sparire rapidamente l'essudato, privandolo di uno dei suoi elementi.

Barraud (*Journal méd. du Nord-Est*, sett. 1927) ha usato dosi inferiori a quelle di Blum, cioè di 10 grammi al massimo al giorno ed ha ottenuto diuresi abbondante, caduta della temperatura entro 2-5 giorni, scomparsa dell'essudato entro 3-12 giorni, senza nessun disturbo. Insiste però sulla precocità del trattamento.

L'interesse di questo metodo consiste nella possibilità di agire sopra un elemento microbico privandolo del « supporto minerale » necessario per il suo sviluppo. Questa terapia è forse suscettibile per l'avvenire di numerose applicazioni e non è improbabile che si possa provocare la formazione di un'antitossina nell'organismo mediante una semplice rimineralizzazione giudiziosamente condotta.

fil.

Per l'antisepsi polmonare.

Rodet consiglia: Eucaliptol, Timol, ana g. 1; Gomenol, Canfora, ana g. 10; Iodio metalloide g. 3; Alcool a 95° cmc. 85.

Si versano alcune gocce della miscela in un inalatore pieno di acqua bollente, rinnovando spesso la dose. Se invece la miscela si vuole usare a freddo, si respira l'aria che passa attraverso di essa in un flacone con doppia tubulatura. Si prescrivono due inalazioni al giorno, per 10-15 minuti, durante due settimane, facendo poi una settimana di riposo.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. G. P. S. da V.:

L'esame radiologico negativo non basta per escludere la possibilità di una calcolosi renale, o per negare una diagnosi imposta dalla evidenza clinica.

Naturalmente meno valore hanno i criteri curativi *ex adiuvantibus*.

Circa la diagnosi di una splenomegalia non malarica non è problema nè per la posta degli

abbonati e il più delle volte nemmeno per una consultazione anche di illustri clinici, ma è problema da risolversi dopo matura osservazione in ospedale o in clinica avendo a propria disposizione tutti i mezzi di indagine, nessuno escluso.

T. PONTANO.

Al dott. L. D'O. da O. d. M. Abb. n. 2512:

1) Sono state proposte delle reazioni per dimostrare l'esistenza di un supposto cancro. La più nota è quella di Botelho, che sarebbe positiva nel 77 % dei casi di cancro. È inoltre da menzionare la reazione di Sivori (Enzimoreazione) che sarebbe positiva nell'83 %. Per quest'ultima, veda il « Bollettino della Lega italiana contro il cancro » (Roma, Via Alberico II, n. 4-B), al n. 3 del 1927.

2) Terapia dello spasmo del diaframma: *a*) tonico: morfina, rieccitazione della respirazione, ginnastica, eventualmente faradizzazione del frenico, cura dell'affezione fondamentale; *b*) spasmo clonico: se è una manifestazione dell'isterismo, cura di questo, talvolta ipnosi. Se è dovuto a malattia organica, morfina, oppio e simili. Th. Becker, nello spasmo clonico del sano consiglia di trattenere il respiro e di bere un bicchiere di acqua, battendo inoltre con piccoli colpi sulla schiena.

fil.

VARIA.

L'ossessione del timo.

I pediatri e i medici pratici hanno oggidì tendenza a diagnosticare con eccessiva facilità l'ipertrofia del timo, e, il più delle volte, tale diagnosi è basata sul reperto radiologico.

Eppure moltissime sono le cause che possono falsare tale reperto: cattiva posizione del bambino, errori di tecnica, stato di maggiore o minore riempimento d'aria dei polmoni, ecc. ecc.

Non si può quindi, in ultima analisi, stabilire quale è la vera forma del timo normale.

Secondo J. L. Morse (*Boston M. S. Jour.*, 16 febbraio 1928), un timo ipertrofico sarebbe quasi sempre palpabile alla fossetta giugulare e darebbe un aumento netto dell'ottusità percussoria alla base dello sterno. I disturbi respiratori, inoltre, dovuti alla compressione tracheale, dovrebbero essere accentuati deflettendo fortemente il capo.

Uno dei fatti, ad esempio, che viene tanto spesso imputato ad una ipotetica ipertrofia del timo è la cianosi del neonato, la quale invece dovrà di sovente esser messa in rapporto ad altri stati patologici, che il medico deve conoscere: persistenza del forame ovale, atelettasia polmonare, emorragia cerebrale, debolezza congenita, ernia diaframmatica, ipertrofia congenita di cuore, ecc.

Anche gli attacchi di cianosi lieve, intermittente, dei fanciulli e dei piccoli bambini, sono attribuiti volentieri all'ipertrofia timica; ora non si comprende come tale ipertrofia potrebbe esercitare azione meccanica sulle vene, senza esercitarne una analoga sulla trachea. Nè si può sostenere che il disturbo sia dovuto alla secrezione interna della ghiandola, trattandosi di argomento ancora pressochè del tutto sconosciuto.

La respirazione rumorosa è pure un'evenienza spesso ingiustamente attribuita al timo, mentre invece si potranno con facilità trovare delle vegetazioni adenoidi. Così anche lo stridore inspiratorio è per lo più dovuto a malformazione congenita del laringe.

Un errore diagnostico che può apportare danni terapeutici notevoli, è quello del laringismo stridulo dei spasmofili, scambiato per disturbo timico.

Non bisogna nemmeno dimenticare la possibilità che tali supposti disturbi siano in relazione ad un ascesso retrofaringeo, ad una adenopatia tracheo-bronchiale, ad una bronchite o all'asma.

Vi è finalmente la questione del cosidetto stato timico-linfatico, in cui, accanto all'iperplasia di tutti gli organi linfatici dell'organismo, si trova anche quella del timo; ma non esiste prova sicura che nell'ingrandimento del timo debba ricercarsi la causa prima della costituzione di tale speciale sindrome, nè si può provare che l'atrofizzazione della ghiandola, per mezzo dei raggi X, porti con sè la scomparsa della sindrome stessa.

Quello che invece sembra più verosimile, si è che le morti improvvise constatate talora durante la narcosi o durante l'esecuzione di atti operatori sono imputabili a errori di tecnica piuttosto che a ipertrofia timica e a concomitante stato timico-linfatico.

M. FABERI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

MARIOTTI ETTORE. *La perizia medica.* — Città di Castello, Unione Arti Grafiche, 1926.

OMODEI ZORINI ATTILIO. *« Cirrosi grasse » e « Cirrosi tubercolari » del fegato.* — Pavia, Succ. F.lli Fusi, 1926.

ORTALI CESARE. *Impotenza da « induratio penis ».* — Milano, F. Vallardi, 1927.

ID. *La sifilide traumatica.* — Milano, A. Roncati, 1926.

REPETTI G. VITTORIO. *Note storiche sulle condizioni della assistenza igienico-sanitaria agli emigranti, prima e dopo il 1901, epoca della istituzione del Commissariato della Emigrazione.* Roma, Ministero Marina, 1928.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Le tariffe per le prestazioni degli Ufficiali sanitarii.

Il Ministero degli Interni ha emanato precise norme secondo le quali la determinazione delle tariffe per le prestazioni degli Ufficiali sanitari fatte nell'interesse privato e la fissazione per provincia delle voci della tariffa, cioè dei casi nei quali il compenso sia dovuto, tocca ai Prefetti.

Dalle tariffe delle prestazioni di interesse privato debbono essere escluse tutte le prestazioni che per disposizione di leggi speciali sono gratuite ancorchè eseguite nell'esclusivo interesse privato. Il Ministero ha dato tassative disposizioni perchè sia evitato in modo assoluto, come in qualche provincia si è verificato, che i Comuni si investano essi direttamente di tali attribuzioni, salvo a inviare poi le tariffe alle Prefetture per l'approvazione.

I Prefetti, nello stabilire le tariffe, determineranno anche le modalità con le quali ne debba essere effettuato il pagamento da parte dei privati interessati e la liquidazione in favore dell'Ufficiale sanitario e dei funzionari che lo abbiano coadiuvato da parte del Comune.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Amministrazione Provinciale.* — È nuovamente aperto il concorso ai posti medico coadiutore, assist. sez. medico-micrograf. nel Laborat. provinc. d'igiene e profilassi. Coadiut., stip. lire 12,000, serv. att. L. 2040, 12 % proventi Sezione; assist. L. 10,000, L. 1700 e 10 %. Scad. ore 17 del 30 giugno. Chied. manifesto Segreteria provinciale.

AVELLINO. *R. Prefettura.* — Uff. san. per 2 consorzi; L. 6500 e L. 5000 rispettivam., più lire 3000 cavalc. Scad. 7 giu.

BASSANO VENETO. *Ospedale Civile.* — Assistente med. chir. Chiusura 9 giugno.

BENEVENTO. *R. Prefettura.* — Uff. san. consorzio S. Giorgio la Montagna e altri 3 Com., ab. 11300, superf. 21500 ha. circa; L. 5000 iniziali oltre L. 2000 trasp.; doc. a 3 mesi dal 1° mag.; titoli ed esami; chied. annunzio; scad. 45 gg. dal 1° maggio; tassa L. 50.20.

BOLZANO (*Trento*). — Previa revoca precedente concorso, è stato bandito nuovo concorso a direttore Dispensario celtico presso l'Ospedale. Ferme rimanendo altre condizioni, è stato tolto l'obbligo di produrre il diploma di specialità in clinica dermosifilopatica ed è fissata in 5 anni la durata della prima nomina e delle conferme. Rivolgersi al Podestà. Scad. 20 giu.

CASTEL DI LAMA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 15 giu.; L. 8500; addizion. L. 3 oltre il 25 % della popolaz. e L. 4 oltre i 1000 iscritti; indenn. laurea L. 500; trasp. L. 2700; 5 quadrienni dec.; tassa L. 50.20.

COMACCHIO (*Ferrara*). — Per S. Giuseppe; lire 10.000 oltre L. 3000 assegno complement., lire 2500 cav. (in corso aumento a L. 3500); scad. ore 18 del 15 giu.; età lim. 35 (40) a.; tassa lire 50.05; docum. a 3 mesi dal 7 mag.

COPPARO (*Ferrara*). — A tutto 7 giu., 2ª condotta capoluogo; età lim. 35 a.; docum. a 4 mesi dal 1° mag.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre assegno complement. L. 2520 e L. 2500 cav., addizion. L. 3 oltre i 1000 pov.; tassa L. 50.

ELSANE (*Istria*). — Scad. 15 lug.; L. 8500 e 4 quadrienni dec.; riconoscim. servizi precedenti; L. 2000 obbligo mezzo trasp.; c.-v.; L. 1000 aumentabili se uff. san.; tassa L. 50.15.

FORLÌ. — Scad. 15 giu.; per S. Martino in Strada; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 trasp.; età lim. 39 a.; tassa L. 50.

GROSSETO. *R. Spedale della Misericordia.* — Aiuto chirurgo-radiologo; L. 7680, indenn. complementare L. 1459.20, 5 quadrienni dec., c.-v., 15 % tasse di cura; età 27-35 a.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50. Rivolgersi Congregaz. di Carità. Scad. 40 giorni dal 26 apr.

GUGLIONESI (*Campobasso*). — Scad. 25 giu.; L. 7000; quinquenni dec.; età lim. 39 a.

ISOLA DELLE FEMINE (*Palermo*). — Scad. 16 giu.; L. 9200 con eventuali minorazioni previste dal R. D. 29 dic. 1927 n. 2672; addizion. L. 5 oltre i 1000 pov.; 5 quinquenni dec.; L. 500 se uff. san.

LIVORNO. — Direttore Dispensario profilattico centrale « G. Bandi »; L. 14.000 e 4 quinquenni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.05. Dom. e doc. alla Segreteria del Consorzio (palazzo Provinciale), via Goldoni 5.

MATERA. *Ospedale Civile Vitt. Em. III.* — Primario chirurgo direttore; L. 20.000 e 40 % proventi. Primario med.; L. 12.000. Assistente medico radiologo gabinettista; L. 8000 e 40 %. Due assistenti chirurghi; L. 6000 e 10 %. Scad. 30 giu. Età lim. 45 a. per i primarî, 40 per gli assist. Tassa L. 50.10. Doc. a 3 mesi dal 16 mag. Serv. entro 15 gg. Rivolgersi alla Congregaz. di Carità.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Assistente dell'Ambulatorio Comunale Oftalmoiatrico per i bambini delle scuole e i poveri del Comune, gestito dal Consiglio Ospitaliero; nom. annuale, conferme biennali; scad. ore 16 del 9 giu.; docum. all'Ufficio di Protocollo (via Ospedale 5); tassa lire 50; serv. entro 15 gg.; età lim. 39 a.; chied. annunzio.

MONGONGIORI (*Cagliari*). — Scad. 5 giu.; L. 9500 e 4 quinq. decimo; L. 500 uff. san.; c.-v. se coniugato, in L. 840.

MUSSOLENTE (*Vicenza*). — Scad. 15 giu.; L. 8000 oltre L. 1200 serv. att., c.-v., indenn. trasp., indennità uff. san.

PERGOLA (*Pesaro Urbino*). — 3ª cond., per 9 fraz.; a ore 12 del 20 giu.; età lim. 40 a.; doc. a 6 mesi dal 1° mag.; L. 8000 oltre L. 3500 (rivedibili) cavalc., c.-v., addizion. L. 2 oltre i 500 pov. e L. 3 oltre i 1000, 5 quadrienni dec.; tassa L. 50.10; chied. annunzio.

REGGIO CALABRIA. *Amministrazione Provinciale.* — Concorso per esame e titoli a direttore, coadiutore e assistente per la sezione medico-micrografica; direttore, coadiutore e assistente per la sezione chimica; preparatore per entrambe le sezioni del Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi. L. 16.000 per i direttori, oltre L. 4200 indennità di serv. att.; L. 13.700 per i coadiutori, oltre L. 3500 indennità serv. att.; L. 11.600 per gli assistenti, oltre L. 2800 indennità serv. att.; L. 7000 per il preparatore, oltre L. 1700 indennità serv. att.; c.-v. Scad. 22 giu.

TRAPANI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Castelvetrano; L. 9000; 3 quadrienni e 3 quinquenni di L. 800; ab. 30.492; ha. 23.778; età lim. 45 a.; tassa L. 50.10; titoli ed esami. Scad. 30 giu.

TRIPOLI. — Direttore Dispensario Antitubercolare; L. 14,000 e 5 quadrienni dec., oltre indenn. resid. eguale a metà stipendio; se conoscenza lingua araba L. 1000; scad. 15 lug.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15; deposito reperibile di L. 1000; chied. annunzio; rivolgersi al Municipio.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Il concorso per il posto di aiuto della Divisione Chirurgica II è sospeso e rinviato ad epoca da destinarsi per coordinarlo ad altro concorso analogo.

L'« Aide Médicale aux Missions du Congo » ricerca alcuni Medici per le Missioni Cattoliche della Colonia. Stipendio annuo franchi 50.000, più vitto e alloggio; franchi 5000 di indennità di trasferimento, viaggio di andata e ritorno gratuito. Per informazioni ed eventuali offerte rivolgersi al Sindacato Medico Fascista, via dei Lucchesi 31, Roma, dalle 9 alle 12 e dalle 17 alle 20.

BORSE DI STUDIO.

Ministero della P. I.

Sono banditi i concorsi a due borse di studio per la Facoltà medica, presso un Istituto superiore del Regno e uno dell'Estero, per l'anno accademico 1928-29; la prima importa L. 6000; la seconda L. 6000 ed un supplemento non minore a L. 3000 nè superiore a L. 8000. Scad. 30 giugno.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Oreste Margarucci, Primario Chirurgo degli ospedali di Roma, è stato nominato membro onorario della Società di Chirurgia della Gran Brettagna e Irlanda.

Il prof. Mariano R. Castex è stato eletto presidente dell'Accademia Nazionale di Medicina di Buenos Aires.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Firenze.

Dello sviluppo delle correlazioni interglandolari ed endocrine.

Conferenza del prof. P. CASTELLINO *alla Scuola di Sanità Militare.*

L'O., portato anzi tutto alla Scuola e al suo Direttore il cordiale saluto della Scuola Napoletana, a traverso l'esposizione dei concetti filosofici che del fenomeno vitale ebbero i grandi Maestri dell'antichità, i quali già intuirono che vita è trasformazione e continuo e ordinato adattamento, è giunto a sintetizzare quello che oggi deve intendersi per vita secondo i più moderni concetti. E, come la vita di tutti gli esseri si svolge sotto il controllo e il dominio di continue e interdipendenti correlazioni, così la vita umana è tutta dominata da quelle correlazioni umorali che ne segnano con la loro impronta i varii periodi e tutte le manifestazioni. Correlazioni che presuppongono un ordine e un equilibrio perfetto come quello che presiede allo svolgimento dei fenomeni naturali e che, ove esso venga a mancare, determina l'insorgenza di quelle sindromi morbose ormai ben note nella patologia e nella clinica.

P. C.

Da Pavia.

Problemi attuali di epidemiologia, con speciale riguardo al tifo addominale.

Conferenza del prof. E. FRIEDBERGER.

Per invito della nostra Società Medico-Chirurgica, il prof. Ernst Friedberger, direttore del « Forschungs-Institut für Hygiene und Immunitätslehre » di Berlino, ha tenuto il 10 maggio 1928 una conferenza sui « Problemi attuali di epidemiologia, con speciale riguardo al tifo addominale », dinnanzi ad un folto pubblico di professori, medici e studenti. Il prof. Friedberger viene presentato dal presidente della Società Medico-Chirurgica prof. Adolfo Ferrata, il quale ne tratteggia brevemente la figura di scienziato e di amatore dell'Italia e degli studiosi italiani, che numerosi egli ha ospitato nel suo Istituto di Berlino.

Il prof. Friedberger esordisce, ricordando con elevate commosse parole i suoi collaboratori Carlo Moreschi e Guido Goretti, immaturamente rapiti alla scienza, e accenna agli studiosi italiani che lavorarono sotto la sua guida.

Entrando nella discussione del tema, dice che la sua esposizione si diferisce di necessità a ciò che si osserva in Germania, ma che in Italia si ripete ciò che avviene in quella nazione. Dopo le scoperte di Pasteur e di Koch sull'eziologia dei morbi, pareva che si potesse con facilità sempre riconoscere le modalità con le quali le grandi epidemie insorgono, si diffondono e cessano, sicchè scarsa importanza si diede allo studio dell'epidemiologia. Con la conoscenza della vera natura delle gravi malattie infettive, si pensava di trovare sempre il modo di arrestarle nel loro sor-

gere. Ma questo concetto si è dimostrato errato, in quanto anche negli ultimi anni si sono avute gravi epidemie di malattie acute come avvenne in Germania per il tifo, specie nell'autunno: così a Pforzheim si ebbero 3700 casi su 74.000 abitanti, ad Ahlfeld 1000 casi su 13.000 abitanti, ad Anklam 273 casi su 14.000 abitanti, ad Annover 2650 casi su 420.000 abitanti. Una certa diversità si osserva fra le grandi epidemie del passato e quelle attuali, ma ciò più che ai metodi specifici di lotta è dovuto alla migliore moderna organizzazione di lotta, intesa nelle sue linee generali: gli studi epidemiologici in genere, e quelli del tifo in ispecie, negli ultimi anni non hanno fatto alcun progresso. Mentre molto sappiamo della eziologia e della clinica del caso isolato, ed anche come si svolgano alcune endemie, nulla invece di positivo conosciamo sulle modalità di insorgenza, di sviluppo e di arresto delle epidemie: secondo il Friedberger ciò è dovuto allo scarso interesse che si pone nello studio della epidemiologia.

Il Friedberger osserva che si dà soverchia importanza alla batteriologia nello studio del diffondersi dei morbi, sicchè troppo unilaterale è quello che egli definisce il nostro sistema di lotta « medico-poliziesco ». Il Friedberger lamenta che l'attuale generazione medica non conosca la storia delle epidemie, e non sappia che nessuna differenza passa fra le epidemie del passato e le attuali; sarebbe molto utile che la statistica medica fosse coltivata ufficialmente. I presenti sistemi di lotta contro le malattie infettive sono basati, secondo il Friedberger, su tre errori fondamentali:

1) Si crede di poter dominare le epidemie, riconoscendone e soffocandone i primi focolai, con l'ausilio della batteriologia. Ora avviene che le denunzie si fanno tardi, e non sempre è possibile fare la diagnosi batteriologica, e ciò non solo all'inizio, ma anche nell'epoca della massima diffusione della epidemia. Avviene invece che le infezioni, e secondo Conradi le più gravi, si trasmettono per contatto nel periodo dell'incubazione, quando quindi non si è fatta ancora la diagnosi, oppure per trasmissione diretta nei casi di tifo lieve dei bambini. Il Friedberger afferma che la genesi delle epidemie è antecedente a qualsiasi possibilità di accertamento batteriologico. Anche l'estendere l'obbligo di denunzia ai casi sospetti, come si fa in Prussia (e come si fa del resto anche in Italia), non ha alcun valore pratico. Il contagio diretto ha la massima importanza nella genesi delle epidemie, in ispecie di quelle del tifo, sicchè, secondo il Friedberger, noi dobbiamo chiarire il perchè alcuni dei portatori si ammalano e il perchè sono numerosi i casi di malati in tempo di epidemia.

2) Il secondo errore consiste nel concetto che, quando il tifo si manifesta a gruppi, si tratti di uno « scoppio esplosivo » della malattia. Questo avviene solo in apparenza, perchè in realtà l'infezione va diffondendosi lentamente, sicchè si ha un gran numero di portatori, che, ad un certo punto, per un complesso di condizioni, si trasformano in ammalati; da una *infezione potenziale* si passa ad una *infezione virtuale*, e la malattia solamente allora viene riconosciuta e si entra nel campo delle denunzie.

3) Il terzo errore consiste nel considerare specialmente il latte e l'acqua quali veicoli dell'infezione tifosa. In Prussia, benchè l'approvvigionamento dell'uno e dell'altra sia regolato da severe norme igieniche, le epidemie di tifo non sono per nulla diminuite in questi ultimi anni. Nel latte e nell'acqua inoltre, se fossero responsabili della diffusione dei germi, questi vi si dovrebbero riscontrare in quantità grande. Il Friedberger nega alcuna importanza al latte e all'acqua come veicoli di trasmissione del tifo, e riconduce sempre al contatto anche i focolai di infezione che sembrano strettamente legati al latte o all'acqua: cita ad esempio l'« epidemia del latte » di Anklam e per analogia l'epidemia di colera di Amburgo; sono per il Friedberger argomenti contro l'ipotesi che l'acqua potabile ed il latte debbano considerarsi la causa delle epidemie esplosive di tifo il fatto che tali epidemie erano più frequenti in passato, quando non era organizzato il servizio di approvvigionamento del latte e dell'acqua, ed avevano lo stesso decorso; che la frequenza del tifo è bassa, proprio quando le acque sono più soggette all'inquinamento (in primavera per lo sciogliersi delle nevi, nell'autunno avanzato per la concimazione dei campi); che non c'è proporzione in una famiglia fra il numero dei colpiti e il numero dei consumatori di latte e di acqua; che mentre il latte e l'acqua sono in egual misura consumati dai vari ceti sociali, nei più bassi il tifo è più frequente; se le epidemie fossero causate dal latte, dovrebbero essere più frequenti, essendo numerosi i portatori i quali possono come tali già da anni trovarsi nella latteria, prima dello scoppio dell'epidemia; i portatori da ultimo emettono a poussées i bacilli durante il decorso di tutto l'anno, mentre le epidemie cosidette « del latte o dell'acqua » si manifestano sempre in autunno. Sono altri argomenti per il Friedberger contro il valore dell'acqua e del latte per la diffusione del tifo la mancanza di coincidenza fra i focolai dell'infezione e le zone di approvvigionamento del latte e dell'acqua, e che i bacilli del tifo non sono mai stati trovati in caso di epidemia nel latte o nell'acqua, mentre vi si sono riscontrati bacilli del paratifo e vibrioni del colera, senza che provocassero danni.

Il Friedberger dà maggiore importanza al fenomeno che il tifo e il colera si manifestano più frequentemente in persone che occupano i gradi più bassi nella scala sociale, come del resto si osserva per tutte le altre malattie infettive, e si augura che le statistiche delle malattie infettive siano fondate su un criterio « fiscale ». A sostegno delle sue argomentazioni, il Friedberger presenta una Tavola, da cui risulta uno stretto rapporto fra le condizioni sociali e la frequenza delle malattie infettive. Ciò che avviene per il tifo e per il colera, si verifica, secondo il Friedberger, anche per la dissenteria. Egli afferma che la lotta contro le epidemie dev'essere profilattica più che

attuale, e diretta a scoprire i portatori dei germi prima che diventino degli ammalati, tenendo conto della cosidetta *variabilità dei batteri*, su cui è imperniata tutta la resistenza dell'individuo contro di essi.

Il Friedberger infine si dichiara formalmente contrario alla vaccinazione preventiva durante le epidemie, perchè ha il risultato di trasformare i portatori in malati. Le statistiche compiute in Germania dall'Autorità militare inoltre avrebbero dimostrata la completa inutilità di tale pratica preventiva.

Alla fine della dotta conferenza, letta in italiano, che venne seguita con molto interesse dall'uditorio, il prof. Friedberger è stato vivamente applaudito.

Dott. ALESSANDRO ESPOSITO.

Da Padova.

La Società Medico-Chirurgica Universitaria di Padova ha eletto ad unanimità di voti come proprio presidente il prof. Virgilio Ducceschi, direttore dell'Istituto di Fisiologia, ed a voti pure unanimi ha confermato alla carica di segretario della Società stessa il prof. Pancrazio, docente di Clinica Medica.

— Ha avuto inizio il Corso di perfezionamento in puericoltura con numerosi medici inscritti. Esso si svolge nella Clinica Pediatrica dell'Università diretta dal prof. Guido Berghinz, ed all'insegnamento prendono parte i proff. Casagrandi, Bertino, Pellegrini, Gaetano Salvioli, Halfer, Delitala, Pagani-Cesa e Fiorani. Direttore del Corso è il dott. Girolami.

— Il prof. Casagrandi ha comunicato alla Società Medico-Chirurgica uno studio dal titolo: « Punti oscuri nell'epidemiologia del tifo addominale ». Questo studio costituisce la seconda parte di un lavoro sull'epidemiologia del tifo che fra breve sarà seguito da una terza comunicazione. In questa seconda parte l'A. tratta dei rapporti tra acqua ammalata e tifo addominale, tra insetti e tifo, tra portatori di bacillo di Eberth e casi di infezione eberthiana, tra complessi meteorologici ed epidemiologici ed epidemie stagionali. Mette tutto ciò in rapporto con l'andamento delle epidemie, e termina dicendo che finora la profilassi del tifo è stata condotta solamente nei riguardi della malattia, verso la quale si sono prese fin qui le ben note misure di difesa. Occorre d'ora innanzi considerare i fattori dell'epidemiologia dell'infezione tifosa, della quale fino ad oggi si ignorano i mezzi di accertamento. Evidentemente molti sono gli individui infetti ma non ammalati.

— L'Università di Padova ha contribuito alla parte scientifica della spedizione polare del generale Nobile per mezzo del proprio studente di medicina Vincenzo Nobile, nipote del grande italiano. Vincenzo Nobile è partito recando con sè per conto degli Istituti d'Igiene e di Fisiologia gli apparecchi necessari a determinazioni, osservazioni e prelevamento di materiale nella regione polare. Il Rettore gli ha anche consegnata una pergamena chiusa in apposito astuccio e munita dello storico sigillo dell'Università Padovana. Il nostro ardimentoso studente ne farà lancio sui ghiacci del Polo. La pergamena porta la scritta seguente:

« Il Senato Accademico dell'Ateneo di Padova affidò questo segno storico allo studente di medicina Vincenzo Nobile perchè, quale simbolo della scienza italiana, fosse da lui portato fra i ghiacci eterni, con la schiera degli animosi figli d'Italia, decisi, con rinnovata audacia romana, di scrutare i profondi misteri del Polo. In occasione della spedizione polare Nobile, Aprile MCMXXVIII - Anno VI E. F. ».

Seguono le firme dei componenti il Senato Accademico.

— Fra gli studiosi italiani che hanno partecipato al XXIII Congresso della *Association des Anatomistes* vi furono numerosi padovani, e fra questi il prof. Tullio Terni, ordinario di Istologia ed Embriologia dell'Università di Padova. Egli lesse due comunicazioni.

La prima riguarda il valore biologico del corpo ultimobranchiale; in base a ricerche morfologiche sperimentali l'A. afferma che il corpo ultimobranchiale del pollo (complesso derivato ghiandolare della quinta tasca endodermica branchiale) lungi dal possedere un significato simile a quello della tiroide, alla quale istologicamente assomiglia, ha relazione con l'insorgenza ed il mantenimento dell'attività del corpo genitale.

La seconda tratta delle cellule mioidi del timo dei sauropsidi e loro numerazione. L'A. ha messo in evidenza una ricca distribuzione di fibre nervose nel parenchima timico (legata sopratutto alla presenza di elementi muscolari trasversalmente striati) che sono riccamente innervate e che divengono particolarmente abbondanti ed ipertrofiche nell'animale castrato. A tali cellule mioidi, presenti in tutti i vertebrati eccetto che, sembra, nei mammiferi, sono spesso aggregate anche cellule simpatiche; per cui all'innervazione del timo, alla quale così poca attenzione hanno fino ad oggi prestata i ricercatori, è forse da ammettere un profondo significato.

Il prof. Terni quindi, al banchetto offerto ai congressisti dai ministri dell'Istruzione e dell'Igiene, ha parlato rendendosi interprete del sentimento degli intervenuti italiani e ringraziando le Autorità Cecoslovacche ed in modo speciale il ministro dell'Igiene S. E. Srdinko per le accoglienze ricevute. P. L. F.

Da Lecce.

La lotta contro il tracoma in provincia di Lecce.

Fra i problemi più importanti di cui S. E. il Prefetto dottor Selvi si è proposta la soluzione, nella saggia e forte sua opera di riordinamento e di risanamento della Provincia di Lecce, è stata

la lotta contro il tracoma. La sua competenza gli ha fatto vedere subito esattamente la portata del male e la imperiosa necessità di combatterlo, determinare un programma organico e scegliere i mezzi e i coadiutori della lotta. Ed ha intrapresa l'opera con fermezza fascista.

Preesistevano 6 ambulatori limitatamente sussidiati dal Ministero dell'Interno, troppo scarso provvedimento, di efficacia quasi nulla contro la malattia diffusissima ovunque, e che doveva essere attaccata su un fronte senza lacune, sì che dovunque i colpiti fossero curati e gli immuni protetti. A questi 6 ambulatori: di Lecce, Acquarica del Capo, Casarano, Galatina, Maglie, Nardò, 3 ve ne aggiunse nel maggio scorso la Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali: ancora a Lecce, a Gallipoli, a Tricase e li fornì convenientemente.

Per raggiungere l'intento il Prefetto, nel marzo del passato anno, procedè alla costituzione di un Ente Provinciale Antitracomatoso, il quale. presieduto dallo stesso Prefetto, si diede a svolgere la sua azione con massima alacrità. Inquadrati e riforniti di nuovo materiale i 6 primi ambulatori, in pochi mesi ne sono stati aperti altri 21, convenientemente dotati di tutti i mezzi occorrenti, dagli strumenti chirurgici alle vestaglie per medici ed infermieri, in altrettanti comuni dove il male era più diffuso. Alla fine del marzo scorso sono stati inaugurati 15 nuovi ambulatori per conto dell'E. P. A. e 5 per conto della Cassa Naz. Ass. Soc.; nello stesso tempo l'Ente inaugurò 4 ambulatori nei laboratori di tabacco in cui le operaie offrono una maggiore percentuale di tracomatosi.

Ciascun ambulatorio è diretto da un medico o specialista o di già acquisita pratica o erudito in corsi impartiti allo scopo da due docenti in oculistica, i professori Chiatante e Pansini, i quali hanno ufficio di ispettori, ciascuno in una delle due zone in cui è divisa la Provincia. Nelle sedi ordinarie di questi ispettori, Lecce e Maglie, oltre al comune ambulatorio è un reparto Oftalmico nei rispettivi ospedali per interventi chirurgici di una certa importanza.

Ambulatori e reparti oftalmici forniscono gratuita l'assistenza. Gratuita è inoltre la somministrazione di ricostituenti a quei malati per i quali occorre integrare la cura migliorando le condizioni organiche generali deperite.

Si è proceduto frattanto ad una intensa opera di propaganda: larghissima diffusione nei locali pubblici, nelle scuole, nei laboratori, nelle stazioni ferroviarie, dovunque, di tre decaloghi « *Per i tracomatosi* », « *Per i non tracomatosi* » « *Per gli scolari* »; vivo interessamento presso gli ufficiali sanitari i medici, i parroci, gli insegnanti per attrarli nel campo di una azione intensa contro un male che arreca tanto danno alla salute e alla economia pubbliche e private. Si sono iniziate conferenze illustrative sulla malattia e sulla sua portata, sulla profilassi e sui rimedi. Notevole per il grande concorso di autorità di sanitari, di maestri e di privati raccoltisi da molti comuni, oltre che per l'intervento di S. E. il Prefetto e per il valore dell'oratore, una conferenza tenuta lo scorso febbraio a Maglie, nella sede del Fascio, dal professor Nicola Chiatante. In forma chiara e precisa questi espose la storia, i caratteri, la importanza della malattia; disse dei criteri semplici, fondamentali per riconoscerla, guardarsene, combatterla; parlò contro il cieco empirismo, la colpevole indifferenza, la ignoranza ostinata che avevano facilitato un tanto progredire nei paesi civili di un nemico che produce grande infelicità all'uomo e sottrae molte forze al lavoro; spiegò gl'intendimenti e il programma dell'Ente Prov. Antitr.

Le statistiche, che l'Ente per mezzo dei suoi organi ha scrupolosamente compilate e tiene continuamente aggiornate, dimostrano in quali gravi condizioni, riguardo al tracoma, si trovasse la Provincia di Lecce e quanto nel breve corso di pochi mesi siano riuscite a fare, a pro della popolazione colpita e insidiata, la volontà illuminata e inflessibile del Prefetto e l'attività di coloro che egli ha chiamati cooperatori nella difficile impresa.

Ecco, più eloquenti di ogni commento, alcune cifre, notando che esse si riferiscono solamente a una parte minore della popolazione, cioè alle operaie dei laboratori di tabacco e agli alunni delle scuole elementari, nelle quali per alcuni comuni fu trovato fin quasi il 40 % di malati:

Scuole: inscritti 40.047; visitati 37.152; tracomatosi 3.661; percentuale 9,27 %.

Laboratori di tabacco: inscritti 32.898; visitati 31.477; tracomatosi 3.876; percentuale 10,98 %.

Complessivamente: inscritti 72.945; visitati 68.629; tracomatosi 7.537; percentuale 10,98 %.

Per l'assistenza prestata al resto della popolazione forniamo questi dati limitatamente al mese di febbraio:

Inscritti al 31 gennaio 4.106; al 29 febbraio 5.066; numero complessivo delle visite e medicature eseguite durante il mese di febbraio 40.773; interventi chirurgici 10; guarigioni constatate 152; eventuali provvedimenti di urgenza 2.

P. DE LORENTIIS.

NOTIZIE DIVERSE.

Comitato d'igiene della Società delle Nazioni.

Alla riunione di primavera gli argomenti trattati sono stati il vaiuolo, la vaccinazione, la malattia del sonno, la lebbra, la tubercolosi e gli stupefacenti.

La Delegazione italiana composta dei proff. Lutrario e Ottolenghi è intervenuta sovente nella discussione in considerazione dell'interesse diretto che alcune questioni hanno per il nostro paese. In particolare sono state esaminate l'opportunità e le modalità dell'intervento del Comitato d'Igiene in alcuni centri di studio che si stanno progettando nell'Argentina e nel Brasile come inizio di una feconda collaborazione con l'America Latina verso la quale l'Italia ha tante ragioni di profonda simpatia. Si è poi stabilito di aiutare la Grecia nella lotta che essa sta svolgendo contro la tubercolosi, divenuta un pericolo nazionale.

Un argomento che ha fermato molto l'attenzione del Comitato è stato quello del prossimo viaggio in Italia di alti funzionari sanitari rappresentanti 16 Nazioni. Il dott. Rajchman, direttore della Sezione d'Igiene, ha informato il Comitato del programma di questo viaggio e ha messo in evidenza lo speciale interesse che ha per esso, come per tutti i problemi dell'igiene, il Capo del Governo italiano da cui egli è stato recentemente ricevuto a Roma.

Della malaria non si è ancora parlato perchè vi sarà in proposito una riunione speciale in giugno.

Per altro è stato fatto rilevare fin da ora il duplice concorso che l'Italia presta alla lotta contro la malaria e alla preparazione dei malariologi, ingegneri e medici, a mezzo della Scuola superiore di malariologia e della stazione sperimentale per la lotta antimalarica, entrambe a Roma.

Congresso di radiologia medica.

Il 14 maggio è stato inaugurato a Firenze, nel salone dei Cinquecento, in Palazzo Vecchio, l'8° Congresso italiano di radiologia medica, presenti le principali autorità cittadine fra cui il prefetto on. Regard, intervenuto in rappresentanza del Capo del Governo, il Podestà, il comandante il Corpo d'Armata, i professori della R. Università con il Rettore magnifico e numerosissimi congressisti.

Hanno parlato applauditissimi il sen. Garbasso che ha portato il saluto del Comune e del popolo di Firenze e il prof. Siciliano presidente del Comitato ordinatore del Congresso.

Accolto da calorosi applausi si alza quindi a parlare l'on. Regard il quale dichiara che il Governo riconosce il grande valore di questo Congresso e ne seguirà col maggiore interesse i lavori. Ricorda poi i provvedimenti che il Regime sempre vigile e solerte nelle sue multiformi attività ha adottato nel campo radiologico, e dice come nell'intento di dare più efficace impulso allo studio e alle risoluzioni di un problema di tanta mole è stata promossa in Firenze la costituzione di un Comitato inteso a stimolare e incoraggiare tutte le iniziative svolte per la lotta contro i tumori maligni. Quindi in nome del Re dichiara aperto l'8° Congresso di radiologia. Il discorso dell'on. Regard è stato salutato alla fine da applausi. Ha parlato da ultimo il generale Riva portando al Congresso il saluto del Corpo sanitario militare.

I lavori del Congresso sono cominciati nel pomeriggio e si sono proseguiti nei due giorni successivi. Il prossimo convegno avrà luogo a Torino nel 1930.

*
* *

Il 15 corr. si sono riuniti a Firenze i soci della Associazione italiana di radiologia medica, per discutere su argomenti riguardanti l'attività dell'Associazione. Il presidente, prof. Tandola, ha illustrato in una elaborata relazione le molteplici attività sociali riscuotendo gli applausi unanimi dell'assemblea.

Dopo l'esame di varie questioni di carattere interno si è proceduto, a norma dello Statuto, alla rinnovazione delle cariche. Sono stati eletti, alla unanimità, a presidente il prof. Balli di Pavia e a vice-presidente il prof. Milani di Roma. A sede del prossimo Congresso è stata designata Torino.

Congresso internazionale di anatomia.

L'Associazione degli anatomici ha tenuto il suo XXIII congresso a Praga. Rare volte i partecipanti a un congresso sono stati accolti con tanta generosa simpatia.

L'Associazione non aveva mai riunito un numero così imponente di partecipanti.

Furono trattate questioni d'istologia, istofisiologia, embriologia sperimentale, antropologia, oltre che di tutti i rami dell'anatomia. Relazioni e comunicazioni furono accompagnate o seguite da numerose dimostrazioni.

L'Istituto d'istologia e d'embriologia di Praga, unico al mondo per il lusso, la vastità, l'ordinamento, l'attrezzatura, fu, per i congressisti, un soggetto di sorpresa e d'ammirazione. Esso è diretto da S. E. il ministro prof. Srdinko, il quale ha tenuto la presidenza onoraria del congresso. Anche l'Istituto di anatomia e quello di antropologia sono riccamente installati e arredati; essi sono diretti dai proff. Weigner e Matiegka.

Presto verrà pubblicato il resoconto dei lavori.

Il Congresso internazionale per l'organizzazione scientifica del lavoro.

Si è tenuto a Varsavia il Congresso per la organizzazione scientifica del lavoro. Alla seduta inaugurale intervennero i ministri dell'agricoltura e delle riforme agrarie, le autorità, il corpo diplomatico e molti delegati esteri.

Sono stati pronunciati vari discorsi. Ha parlato fra gli altri il delegato italiano on. Mauro, il quale ha pronunciato calorose parole accennando alle origini, alla vita e al lavoro dell'on. Mussolini.

Seguì una solenne seduta nell'Istituto polacco di organizzazione scientifica alla presenza del Presidente della Repubblica.

Pel V Congresso internazionale per gli infortuni sul lavoro.

Sotto gli auspici della Cassa Nazionale Infortuni, all'uopo autorizzata, e dei Ministri degli Esteri e dell'Economia Nazionale e con l'intervento del Delegato Italiano nel Comitato permanente internazionale e del Preside della Facoltà di Medicina all'Università di Roma, si sono adunati, presso la Sede centrale della Cassa stessa, i rappresentanti delle maggiori organizzazioni sanitarie statali e parastatali, civili e militari, dell'Ente mutuo di assicurazione infortuni, dei Sindacati medici e del Patronato nazionale, allo scopo di costituire il Comitato nazionale italiano, che dovrà occuparsi di promuovere ed assicurare la partecipazione al V Congresso internazionale per gli infortuni sul lavoro, che è fissato per la prima settimana del prossimo settembre a Budapest. Si tratta, come è noto, di un Congresso medico, che dovrà interessarsi pure delle malattie professionali: ed è opportuno che vi partecipino numerosi gli italiani, cultori di tali materie.

Congresso dei Consorzi provinciali antitubercolari.

Nei giorni 20 e 21 del corrente mese ebbe luogo a Firenze, presso l'Amministrazione provinciale, un Congresso dei Consorzi provinciali antitubercolari.

Scopo del Congresso, indetto per iniziativa della Federazione Nazionale delle Provincie d'Italia, è stato l'esame della situazione dei Consorzi, recentemente creati per volontà del Capo del Governo, e, sopratutto, di quella che dovrà essere l'attività futura dei Consorzi stessi.

Il Congresso ha discusso una relazione presentata dal gr. uff. Sileno Fabbri, presidente della Federazione delle Provincie; i congressisti visitarono poi le opere antitubercolari della Provincia di Firenze.

II Congresso Medico Peruviano.

È convocato ad Arequipa dall'11 al 16 novembre. Con decreto governativo del 17 febbraio l'organizzazione ne è stata affidata alla Direzione Generale della Sanità Pubblica col concorso del Circolo Medico Peruviano; a presiedere il Comitato esecutivo è stato chiamato il dott. E. Escomel; segretario generale è nominato il dott. Alberto Sánchez Moreno.

Congresso tedesco sul cancro.

Nei giorni 14 e 15 aprile si è adunato a Wiesbaden il Comitato germanico centrale per lo studio del cancro, sotto la presidenza del prof. Kraus di Berlino. Dall'Italia v'intervennero i proff. Morpurgo, che fu chiamato alla presidenza onoraria, Pentimalli, Tinozzi, Rondoni. Fu trattato specialmente il problema dell'eziologia; furono prospettati anche i contributi recenti sulla terapia sperimentale del cancro.

Congresso internazionale antimurino.

Dal 17 al 28 maggio si svolge a Parigi, nei locali della Sorbona, il 1° Congresso internazionale contro i topi, sotto la presidenza del prof. Calmette, il quale nel discorso inaugurale ha prospettato i danni gravissimi recati dai topi, veicoli d'infezione e divoratori instancabili di ricchezze che si possono calcolare, ogni anno, a molti miliardi di lire.

Per le stazioni di cura, soggiorno e turismo.

Il Consiglio Centrale per le stazioni di cura ha espresso parere favorevole per il riconoscimento della qualifica di stazione di cura, soggiorno o turismo ai seguenti Comuni: Courmayeur, Ivrea, S. Benedetto del Tronto, Bagni della Porretta, Dobbiaco, S. Candido, Como (Zona Lago), Ronco Scrivia, S. Cesarea, Casamicciola, Ischia, Sorrento con S. Aiello, Premeno, Monsummano, Anzio, Civitavecchia (Ladispoli), Rocca di Papa, Amalfi, Cava dei Tirreni, Celle Ligure, S. Gimignano, Levanto, Clavieres, Folgaria, Luino, Graglia, Bosco Chiesanuova, Bovegno, Collio, Cingoli, Urbino, S. Andrea di Medesano, Valtournance, Vico di Fassa, Baveno, Venezia (antica circoscrizione con Lido).

Al Consiglio stesso è stato, a cura del Consorzio Nazionale delle Stazioni di cura, soggiorno e turismo, presentato il Volume degli atti ufficiali del VI Congresso delle Stazioni stesse contenente i voti intesi al conseguimento dell'effettivo loro miglioramento e sviluppo.

Visite a stazioni idroterapiche in Francia.

Il 21° viaggio della serie « Voyage d'Études Médicales aux Stations de Cure » (notissimi con la designazione V. E. M.) avrà luogo in settembre, alle stazioni del Centro (Borbonese e Alvernia). Il prof. P. Carnot, che è stato l'organizzatore di questi viaggi, si è ora associato il prof. Villaret. Per informazioni rivolgersi a: M.lle Machuré, secrétaire des. V. E. M., Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, Paris.

Esposizione medica a Messico.

Durante il mese di ottobre si terrà a Messico una Esposizione di medicina, elettrologia e farmacia, unitamente ad un Convegno medico. L'iniziativa è posta sotto il patronato del presidente della Repubblica, gen. don Plutarco Elías Calles, nonchè del Ministero della P. I., del Dipartimento di Sanità, dell'Università Nazionale, dell'Associazione Medica Messicana, della Società Messicana di Elettro-Radiologia, ecc. L'organizzazione è promossa dai dottori Ignazio Campo e Federico Storm. Per informazioni rivolgersi al: Director Gerente de la Exposicion Medica, Apartado n. 982, México, D. F. (Messico).

Pro opere assistenziali.

Il Comitato amministrativo del fondo speciale delle Corporazioni in sua recente seduta ha approvato lo stato di previsione per il corrente anno finanziario: detto stato sarà tra breve reso esecutivo con apposito Decreto del Ministro delle Corporazioni, di concerto col Ministro delle Finanze. Tenuto presente che in questo scorcio di esercizio finanziario le spese che fanno carico al fondo speciale non saranno di grande entità, il Comitato ha disposto che una gran parte degli utili di gestione venga versata, sotto forma di assegnazioni straordinarie, alle Opere nazionali: Balilla, Dopolavoro, Maternità ed Infanzia, Patronato, Istituzioni per la lotta contro la tubercolosi, ed alle Istituzioni assistenziali del Fascismo (Colonie marine e montane), opere di propaganda ed assistenza sanitaria ai poveri, affidate ai Fasci femminili. L'ammontare complessivo di tali assegnazioni straordinarie è di L. 15.000.000. Altra assegnazione straordinaria di L. 1.500.000 è stata stanziata in bilancio per premi a favore dei genitori con numerosa prole rappresentati dalle associazioni sindacali: e ciò per assecondare la politica demografica del Capo del Governo.

Per le opere antitubercolari in Sardegna.

Il Consiglio di amministrazione dell'Istituto di Credito per il lavoro italiano all'Estero ha messo a disposizione di S. E. il Capo del Governo la somma di lire centomila.

S. E. ha destinato la somma stessa alle opere antitubercolari della Sardegna e precisamente lire 25.000 alla provincia di Cagliari, L. 25.000 alla provincia di Sassari e L. 50.000 alla provincia di Nuoro.

Per gli Ospedali di Livorno.

La Cassa di Risparmio e la Camera di Commercio di Livorno hanno elargito rispettivamente L. 25.000 e L. 10.000 agli Ospedali della città per l'acquisto di radio. Agli stessi ospedali sono state donate L. 50.000 dal conte Marco Toni Ottonieri.

Dispensario di igiene mentale.

Dal 1° febbraio funziona a Teramo, nei locali dell'Ospedale Psichiatrico, un « Dispensario di Igiene mentale », cioè un ambulatorio di consultazioni popolari per le malattie nervose e mentali e di consigli ai padri ed alle madri di famiglia, ai maestri, agli educatori, nei riguardi della salute dello spirito, della educazione dei figli, della cura dei bambini deficienti e nervosi. Il dispensario funzionerà ancora come consultorio di fiducia per tutti coloro i quali si trovano in qualche difficoltà psicologica o sociale della vita, del matrimonio, della carriera o della professione. Esso è deputato a diffondere le norme dell'igiene sociale, della morale eugenetica, della sana condotta di vita.

Il dispensario, totalmente gratuito per i poveri muniti di regolare certificato di povertà, semigratuito per gli abbienti, è sorto con la cooperazione dell'Amministrazione Provinciale e della Congregazione di Carità, sotto l'illuminata direzione del Direttore dell'Ospedale Psichiatrico, prof. Marco Levi Bianchini.

Propaganda antimalarica nelle scuole di Fiumicino.

Interessante è riuscita la distribuzione dei premi conferiti dalla famiglia del senatore G. B. Grassi e dal direttore delle Scuole rurali del Governatorato prof. E. Leoni, agli alunni delle scuole di Fiumicino che meglio si distinsero per la lotta antimalarica.

Numerosissimo e distinto l'elegante pubblico che affollava la graziosa sala del teatrino dei combattenti.

I bambini di Porto e di Isola Sacra recitarono con perizia ed arguzia due brevi commediale, e declamarono graziosi monologhi e poesie intramezzati da scelti brani di musica.

Si passò quindi alla distribuzione dei premi, il numero dei quali sorpassò di molto quello degli anni precedenti il che dimostra quanto maggior profitto abbiano saputo ritrarre quest'anno i ragazzi dagli insegnamenti della scuola.

Disse brevi e sentite parole di sprone a sempre meglio fare e di incitamento alla lotta antimalarica il dott. Ovazza; quindi il direttore prof. Leoni, rievocò le gesta di Roma. Ed ebbe parole di caldo elogio e di incitamento per i bravi maestri di Fiumicino.

Corso Infermiere C. R. I. a Tripoli.

Con grande solennità è stato, quest'anno, inaugurato a Tripoli il primo corso per infermiere della Croce Rossa Italiana. Alla cerimonia sono intervenuti: S. A. R. la Duchessa delle Puglie, S. E. De Bono, S. E. mons. Tinozza e molte altre notabilità della colonia. Ha pronunziato il discorso inaugurale il colonnello Castigliola. Il Corso è diretto dalla signorina Abrate, infermiera volontaria di Torino, che a proprie spese ha voluto aprire l'ambulatorio dove le nuove allieve presteranno servizio.

Comitato per lo studio della popolazione.

Ad iniziativa del Capo del Governo è stato provveduto al finanziamento del Comitato Nazionale per lo studio delle popolazioni, costituito in seguito al Congresso mondiale tenutosi a Ginevra nel settembre scorso. Il finanziamento sarà fatto per offerte da parte d'importanti Enti e Istituti del Regno.

Protezione della maternità e dell'infanzia in Turchia.

In Turchia l'Associazione per la protezione della maternità e dell'infanzia ha costituito 318 « Centri sociali di assistenza ». Nel 1926 l'Associazione ha assistito 482 puerpere ed ha soccorso 89.780 bambini (allattamento, indumenti, elioterapia, ecc.). L'Associazione è in continuo sviluppo.

Nella stampa medica.

La Romania vanta una breve ma gloriosa tradizione nel campo della patologia generale e della microbiologia: tutti i medici conoscono i nomi di Babès, Marinesco, Levaditi, Contacuzène, ecc.

Il prof. Cantacuzène ha raggruppato intorno a sè una pleiade di giovani studiosi pieni di ardore, che onorano la Romania e il loro Maestro. Le loro memorie venivano consegnate in periodici di varii Paesi; ora si è provveduto a creare un organo speciale, sotto il nome di « Archives Roumaines de Pathologie expérimentale et de Microbiologie », diretto dal Cantacuzène, édito dalla Casa Masson di Parigi, a periodicità trimestrale. Il primo fascicolo, in magnifica veste tipografica, di circa 200 pagine, adorno di 24 tavole a colori e ricco di figure intercalate nel testo, contiene 7 memorie originali pregevoli.

L'abbonamento annuo importa 60 franchi.

Per quanto concerne la redazione rivolgersi al segretario, dott. C. Ionesco-Mìhaiesti, Istituto di Serologia, Splainl Caol Davila, Bucarest (Romania).

Ci è grato di augurare al nuovo periodico la prosperità che merita.

Commemorazione di Harvey in Italia.

A Trieste, nella sala della Biblioteca dell'Ospedale Regina Elena affollata di medici e alla presenza di molti invitati, si tenne la solenne celebrazione del terzo centenario della scoperta della circolazione del sangue. Il presidente dott. Attilio Coffer, aprendo la seduta disse dell'importanza della storica data che ricorda uno degli avvenimenti più significativi nella storia della scienza e accennò alla particolare importanza della celebrazione di Londra, sotto gli auspici del Re d'Inghilterra. Quindi il dott. Castiglioni tenne un magistrale discorso commemorativo.

Onoranze ad un medico condotto.

La popolazione di S. Venanzio e di S. Vincenzo di Galliera (Bologna) ha offerto una medaglia d'oro al medico condotto dott. Pietro Taruffi, in occasione del suo collocamento a riposo.

Un medico assolto.

Il dott. Giovanni Micheli da Galatima (Lecce) è stato assolto, in istruttoria, dalla imputazione di omicidio colposo, che gli era stata fatta per la morte dello sportivo Pirandello, avvenuta pochi istanti dopo un'iniezione endovenosa praticata dal medico. La perizia dimostrò che il paziente aveva ingerito una forte quantità di birra e di vino, il che favorì il decesso.

Vittime del dovere.

Il dott. Enrico Bourdon, radiografo al servizio del reparto radiologico dell'ospedale di Saint Louis a Parigi, ha subìto negli scorsi giorni la sua decima amputazione. Gli è stato asportato l'ultimo dito della mano sinistra. Così a poco a poco, le sue mani spariscono. Questo sacrificio è imposto dalla pericolosa radiodermite, per la quale non si è trovato ancora nessun rimedio. Il radiologo fu colpito pure al rene sinistro, del quale ebbe a subire l'ablazione. Durante la guerra il Bourdon dette le maggiori prove di devozione.

*
* *

Su proposta del ministro francese del Lavoro e dell'Igiene, è stata iscritta la seguente citazione all'ordine del giorno della Nazione:

« Il Governo porta a conoscenza del Paese la bella condotta della signora Catherine Kloster, in religione suor Glausinde, infermiera religiosa nell'Ospedale Sainte-Blandine a Metz: incaricata da 25 anni dei servizi radiologici di detto Ospedale, non ha mai cessato di dar prova della più grande abnegazione. È morta vittima del dovere, dopo aver subìto l'amputazione del braccio destro ».

Incendio in un Ospedale inglese.

Un incendio, provocato dallo scoppio di un bidone di benzina e alimentato da un vasto deposito di ovatta e da uno di materiale di medicazione, ha quasi distrutto l'Ospedale Edoardo VII di Londra, uno dei più belli dell'Inghilterra. V'erano ricoverati oltre 250 malati, fra i quali si produsse un panico indescrivibile. Soltanto due di essi riportarono lievi ferite; invece quattro pompieri rimasero gravemente colpiti da asfissia e alcuni soldati riportarono ustioni non lievi.

Abbandono di un progetto di ospedale per cancerosi a New York.

L'anno scorso un Comitato di New York aveva lanciato un appello per trasformare un edifizio incompleto di 27 piani, tra la Seventy-Seventh-Street e la West End Avenue, in un grande ospedale per cancerosi, sostenendo la spesa di 5 milioni di dollari, pari a circa 80 milioni di lire. Siccome l'appello non ha avuto successo, il progetto è stato abbandonato e le somme raccolte verranno restituite ai donatori.

Casi di peste a bordo di una nave.

Sul vapore « Primpon », diretto a Buenos Aires, si è sviluppata un'epidemia di peste bubbonica che ha cagionato 7 morti. Si è proceduto a rigorose misure d'isolamento e di derattizzazione.

Il più antico libro di medicina tradotto.

Il prof. James Henry Breasted, dell'Università di Chicago, dopo sei anni di lavoro ha ultimato la traduzione del cosidetto papiro di Edwin Smith, un trattato medico egiziano del 16° secolo a. C. Essa verrà pubblicata dalla « University of Chicago Press ». Il papiro espone in tabelle i trattamenti usati in 48 lesioni diverse, cominciando dal capo e progredendo verso il collo, le spalle e la parte superiore del torace; a questo punto la trattazione risulta interrotta.

È una delle quattro opere mediche più importanti rimasteci di quell'antico periodo; le altre sono: il « papiro Ebers » di Lipsia, il « papiro medico » di Berlino e uno presso l'Università di California. Il più completo è quello di Smith, così nominato dall'archeologo americano che lo scoprì a Tebe nel 1862.

Alcune settimane dopo aver celebrato il suo 70° compleanno si è spento CARL GARRÈ, che fu uno dei più reputati chirurgi della Germania. Insegnò successivamente a Tubinga, Rostock, Königsberg, Breslavia, Halle. Sono rimasti classici i suoi studi sull'eziologia unica dell'osteomielite, del foruncolo e del patereccio, conchiusi con una auto-esperienza che stette per essergli fatale. Fece progredire molto le nostre conoscenze sulla neurofibromatosi. Stabilì la distinzione tra cisti epiteliali traumatiche e cisti dermoidi. Ha contribuito in modo efficacissimo ad elaborare la chirurgia del torace. Dettò le norme della chirurgia conservativa della tubercolosi articolare e ossea. Sostenne i vantaggi della narcosi eterea, quando quella cloroformica era d'impiego generale.

Di un'attività instancabile, ha portato altri notevoli contributi al sapere.

Oltre che uno scienziato di valore e uno dei più sicuri diagnosti e brillanti operatori, fu un didatta impareggiabile: ha educato molti allievi di valore. Di nobile carattere e di una generosità a tutta prova, era idolatrato dagli innumerevoli malati da lui guariti e dagli studenti.

Da poco aveva licenziato la 6ª edizione del suo noto Trattato, redatto con Borchard. A. P.

È morto a Torino il chirurgo prof. comm. VALENTINO OLIVA che, per un ventennio, era stato primario dell'Ospedale di S. Giovanni e attualmente era primario dell'Istituto dei rachitici. Aveva anche coperto la carica di consigliere comunale. N. I.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Gennaio 1928.

MALATTIA	1-8		9-15		16-22		23-29	
	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi
Morbillo	277	2135	297	2506	310	2380	241	2896
Scarlattina	146	369	174	396	168	351	164	353
Varicella	108	307	125	365	122	313	121	410
Vaiuolo e Vaiuoloide .	1	1	2	2	—	—	—	—
Tifo addominale . . .	294	548	276	477	230	368	229	448
Dissenteria	3	5	2	2	3	3	4	6
Difterite e croup . .	264	479	272	480	287	498	264	458
Meningite c. s. e. . .	7	7	15	19	3	3	9	9
Poliomielite a. a.	9	10	9	9	5	5	6	6
Encefalite letargica .	3	3	6	6	6	6	8	8
Rabbia { morsicati . .	47	65	59	104	46	71	44	71
Rabbia { dichiarata . .	—	—	1	1	—	—	—	—
Pustola maligna . . .	26	28	23	25	16	20	10	10

Tifo petecchiale, Colera Asiatico, Peste bubbonica: nessuna denunzia.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red. resp.

IL DIRITTO PUBBLICO SANITARIO

Periodico Mensile di Giurisprudenza e Legislazione

È diretto dall'On. Dr. **ARISTIDE CARAPELLE,** Consigliere di Stato, e dall'Avv. **GIOVANNI SELVAGGI,** esercente in Cassazione.

Si pubblica ogni mese in fascicoli di 40-48 pagine di testo in modo da formare a fine d'anno un volume di oltre 500 pagine con indici sistematici.

☛ *Riportiamo il Sommario dei 4 fascicoli finora pubblicati:*

Il 1° numero (Gennaio 1928) contiene:

I nostri propositi.
Gli atti del Podestà ed i controlli con riferimento all'attività sanitaria.
Note sintetiche: Accertamenti e certificati sanitari. Compensi all'ufficiale sanitario. — La determinazione degli stipendi dei medici condotti e degli ufficiali sanitari. — Osservazioni circa la obbligatorietà delle tariffe per la vendita dei medicinali. — Istituzioni di pubblica beneficenza e farmacie in soprannumero.
Rassegna di giurisprudenza: Concorsi: limiti di età. — Concorsi: condizioni speciali di ammissione. — Concorsi: operazioni e giudizio della commissione. — Concorsi: il comune non può limitare la facoltà di scelta per la nomina del medico condotto — Licenziamento: per motivi di inabilità. — Licenziamento: per fine di prova; termine. — Licenziamento annullato: obbligo di pagare gli stipendi arretrati. — Dispense per manifestazioni politiche. — Ufficiale sanitario: comunicazione delle denunzie di malattie infettive. — Polizia sanitaria: distruzione di carni non commestibili. — Esercizio abusivo. — Lesione volontaria commessa da un dentista abusivo. — Farmacie: decadenze. — Farmacie non commerciabili: nullità del contratto. — Farmacie preesistenti: quando si possono considerare illegittime. — Spedalità croniche. — Spedalità romane.
Leggi e Atti del Governo: Provvedimenti legislativi dal 1908 al 1927. — Assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi. — Varizioni all'ordinamento della amministrazione della sanità pubblica.

***

Il fascicolo 2 (Febbraio 1928) contiene:

La capacità della donna agli Uffici di vigilanza e di politica sanitaria.
Note sintetiche: I ricorsi in materia sanitaria, secondo l'art. 17 della legge 23 giugno 1927, n. 1070. — Ambulatori, Case, Istituti di cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica; Case o Pensioni per gestanti.
Rassegna di giurisprudenza: Legittimità dell'uso del titolo di chirurgo-dentista: considerazioni generali circa i titoli professionali. — Procurato aborto: referto e denunzia. — Concorsi: equipollenti del diploma di laurea. — Nel caso di licenziamento dichiarato illegittimo gli stipendi arretrati sono dovuti a titolo di danni? E' competente l'autorità giurisdizionale amministrativa? — Le farmacie legittime a norma dell'art. 26 della legge 22 maggio 1913 sono commerciabili? — Vendita di farmacia a condizione sospensiva e con patto di riservato dominio: validità. Natura del diritto patrimoniale commerciabile, per le farmacie di diritto transitorio. — Efficacia delle circolari.
Leggi e Atti del Governo: Disposizioni per l'istruzione superiore. — Reclutamento di ufficiali in servizio permanente nei corpi sanitario e veterinario militare. — Modificazione al regolamento per gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di veterinario. — Estensione delle norme del R. decreto-legge 23 ottobre 1927, n. 1966, al personale degli enti locali, per il caro viveri. — Istruzioni circa il decreto-legge concernente il caro viveri.

***

Il numero 3 (Marzo 1928) contiene:

Note sintetiche: Le specialità farmaceutiche. — I limiti di età per l'ammissione ai concorsi sanitari comunali.
Rassegna di giurisprudenza: Consorzi: norme relative alle adunanze. — Concorso: l'avviso di concorso agli effetti dell'interesse giuridico di agire. — Concorsi: motivazione insufficiente del giudizio della commissione. — Il Capitolato sanitario può stabilire limiti di età agli effetti della estinzione del rapporto di impiego? — Competenza a conoscere di controversie circa la pensione o la indennità quando non sia in contestazione la dispensa dal servizio. — Può il Comune attribuirsi, con norma del capitolato, la facoltà di annullare il concorso se i concorrenti siano inferiori a un dato numero? — Licenziamento illegittimo per soppressione di posto simulata. — Dimissioni volontarie presunte. — Licenziamento per fine di prova: un caso di anticipazione illegittima. — Annullata una deliberazione di licenziamento, per fine del periodo di prova, può essere rinnovato il provvedimento se il termine sia scaduto? Quando si perfeziona la stabilità? — Dispense per soppressione di posti: preferenze. — Il diritto a pensione già conseguito è invulnerabile. — Considerazioni circa il diritto al nome commerciale per differenziare attività o cose. — Polizia sanitaria: distruzione di carni nocive.
Leggi e decreti: Ordinamento del servizio di assistenza dei fanciulli illegittimi abbandonati o esposti all'abbandono. — Disposizioni concernenti i servizi sanitari in caso di disastri tellurici e di pubbliche calamità. — Caroviveri: applicazione dell'art. 2 R. D. L. 23 giugno 1927, n. 1159. — Istruzioni circa la pubblicità di mezzi di cura, specialità medicinali, istituti di cura medica ed assistenza ostetrica. — Esercizio della mediazione per le professioni liberali.

***

Il numero 4 (Aprile 1928) contiene:

L'esercizio abusivo della professione sanitaria con speciale riferimento al nuovo ordinamento giuridico: Il concetto di esercizio abusivo e la nuova legge. — Il danno del reato di esercizio abusivo. — Il titolo professionale. — Altri requisiti richiesti per il regolare esercizio delle professioni sanitarie. — Atti professionali. — L'elemento subiettivo del reato. — Il presta-nome professionale. — La natura del reato. — Penalità.
Rassegna di giurisprudenza: Efficacia, nei concorsi sanitari, dei certificati rilasciati da autorità militari. — La data dei certificati di iscrizione nell'albo e di cittadinanza agli effetti della validità per l'ammissione ai concorsi. — Efficacia delle norme sopravvenute e potere di annullamento durante il procedimento del concorso. — Annullamento del concorso per insufficiente pubblicità di bando. — Efficacia della graduatoria circa i posti disponibili. — Il limite di età per l'ammissione degli ex combattenti ai concorsi. — Forma espressiva del controllo di merito del Prefetto circa la deliberazione del Podestà. — Un caso di dimissioni volontarie presunte: due titolari per la stessa condotta. — La riscossione della indennità per licenziamento importa rinuncia al diritto di ricorrere? — Illegalità di nomina stabile deliberata nel corso del giudizio promosso dell'impiegato licenziato. — Dispensa dal servizio per limite di età. — Stato giuridico delle levatrici condotte. — Infermità preesistenti all'infortunio; nesso di causalità e accertamento delle conseguenze valutabili. — Onere della spesa per il ricovero dei mentecatti.
Leggi e Atti del Governo: Lotta antimalarica. — Istruzioni circa il caro-viveri per il personale infermiere delle istituzioni di beneficenza. — Riforma dell'Amministrazione delle Congregazioni di Carità.

Abbonamento annuo: per l'Italia e Colonie L. **35,** per l'Estero L. **50**. Un numero separato L **5.**
Per gli abbonati al "Policlinico" per l'Italia L. **25,** per l'Estero L **40.**

Al ricevimento dell'importo di abbonamento pel 1928, vengono spediti subito tutti i Numeri pubblicati dal Gennaio in poi.

Indirizzare i Vaglia Postali, Chèques e Vaglia Bancari ai F.lli POZZI, Editori - Via Sistina, 14 - Roma.

ANNO XXXV Roma, 4 Giugno 1928 Fasc. 22

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO
diretta dal prof. L. PHILIPPSON.

La chemioterapia con i sali di Salvarsan nella cura della parotite epidemica

per il dott. BIAGIO DI LEONARDO, assistente.

Si è creduto per molto tempo che un virus filtrabile che si trova nella saliva dei parotitici fosse la causa di tale forma morbosa.

In seguito sono stati descritti quali agenti etiologici specifici dei micrococchi, ed Herb inoculando negli animali da esperimento uno speciale diplococco Gram-positivo riuscì a riprodurre tale malattia.

Kermongant dell'Ist. Pasteur (rif. in *The Journ. of the Am. med. Ass.*, 5 settembre 1925), ritornando sull'argomento ha potuto isolare dalla saliva di tali infermi una spirocheta molto simile a quella della sifilide a spirali regolarissime ed a coltivarla anaerobicamente in un terreno che conteneva siero di sangue di coniglio ed eritrociti di cavallo. Differisce tale agente da quello della sifilide per il suo comportamento sierologico. Tali spirocheti iniettati negli animali da esperimento riproducono la forma caratteristica della parotite anche con localizzazioni al testicolo in 48 o 96 ore.

Siccome è anche provato che il siero dei convalescenti ha la proprietà di agglutinare tali spirocheti si è tentato di preparare un siero curativo efficace.

Ma la natura etiologica della malattia ha giustificato il tentativo fatto da Pedro Farreras (*Revista españ de médic. y cir.*, 1926, n. 96) che ha usato la chemioterapia con gli arseno-benzoli e lo stovarsolo con risultati brillanti.

L'A. si è servito di piccole e medie dosi dai 10 ai 45 cgr.

I risultati che ha conseguiti sono stati oltremodo soddisfacenti e nei casi iniziali si è vista abortire la malattia.

Essendomi occorsi due casi di parotite epidemica ho anch'io voluto sperimentare tale trattamento ottenendo dei risultati insperati.

CASO I. — D. F. di anni 13, da S. Ninfa, studente.

Genitori viventi e sani, la madre ha avuto quattro gravidanze tutte condotte a termine. Dei tre fratelli due sono più piccoli e godono ottima salute, il terzo è morto all'età di sei mesi per bronchite capillare acuta.

A. p. r. Nato a termine, da gravidanza e parto

fisiologico è stato allattato al seno materno. Rosalia all'età di cinque anni della quale guarì in seguito a cura sintomatica, ma residuò una otite media purulenta bilaterale che spesso riappare durante la stagione invernale.

A. p. p. L'attuale malattia si è iniziata, senza cause apprezzabili, il 7 agosto 1927. L'infermo cominciò ad avvertire dolore alle due regioni parotidee, disfagia, trisma, febbre (temper. 38,4).

E. o. Individuo di sviluppo scheletrico e muscolare bene sviluppato, pannicolo adiposo abbondante, la pelle si solleva poco in pliche molto elastiche, colorito della faccia e delle mucose visibili roseo.

Apparato glandolare linfatico palpabile.

Negativo l'esame dell'apparato respiratorio, circolatorio, digerente.

E. o. locale. Le due regioni parotidee si presentano arrossate ed uniformemente tumefatte. L'infermo ha dolore sia spontaneo che alla palpazione, difficoltà nella masticazione e nell'aprire la bocca.

Esame delle urine, negativo.

Cura. Il 9 agosto 1927 somministrazione per via endovenosa di cgr. 30 di neosalvarsan Meister Lucius, riposo assoluto a letto, dieta liquida.

10 agosto 1927, regressione repentina della tumefazione delle due parotidi, scomparsa della febbre, del dolore, senso di euforia.

L'infermo lascia il letto completamente guarito.

CASO II. — A. V., di anni 16, casalinga, da Palermo.

A. f. r. Padre morto di tubercolosi polmonare all'età di 45 anni, la madre è vivente e sana. Tre fratelli e due sorelle della nostra inferma godono ottima salute.

A. p. r. Nata a termine da gradivanza e parto fisiologico è stata allattata al seno materno. Nega di avere avuto i comuni esantemi dell'infanzia nè altra malattia degna di nota sino all'età di 13 anni, epoca in cui ha sofferto di nefrite della quale guarì in seguito a cure dietetiche e medicamentose.

A. p. p. L'attuale malattia si è iniziata verso la fine del dicembre u. s. 1927 senza cause apprezzabili.

L'inferma cominciò ad avvertire senso di dolore alla regione parotidea sinistra e ben presto tale regione era in toto uniformemente aumentata di volume, arrossata, di consistenza dura elastica. L'inferma aveva dolore sia spontaneo che alla pressione, difficoltà nell'aprire la bocca e nella masticazione.

È stata fatta diagnosi di parotite epidemica sinistra.

E. o. Ragazza di sviluppo scheletrico e muscolare deficiente, pannicolo adiposo scarso, la pelle si solleva facilmente in pliche elastiche, colorito della faccia e delle mucose visibili pallido.

Apparato glandolare linfatico ben palpabile.

Negativo l'esame dell'apparato respiratorio, circolatorio, digerente.

E. o. locale. La regione parotidea sinistra è arrossata, tumefatta, dolente (temperatura 38,2).

Esame delle urine, negativo.

Cura. Il 3 gennaio 1928, pratico a digiuno una iniezione per via endovenosa di 919 da cgr. 15 dato lo stato dell'inferma; il giorno seguente le condizioni dell'inferma sono molto migliorate, la tumefazione è alquanto ridotta, l'inferma apre meglio la bocca e può masticare senza avvertire dolore, il rossore è scomparso.

Il 5 gennaio 1928 la tumefazione della parotide di sinistra è completamente scomparsa, temperatura normale, senso di benessere, appetito.

CONCLUSIONI.

Quantunque sia molto esiguo il numero dei casi da me trattati, tuttavia i risultati così rapidamente conseguiti mi fanno pensare che i sali di salvarsan agiscono specificamente nel trattamento di tale forma morbosa.

A quanto pare la sterilisatio magna che Ehrlich aveva sognato nel trattamento della sifilide e che non potè effettuarsi con una sola iniezione, forse perchè l'aggressività e la resistenza della spirocheta di Schaudinn è molto più intensa verso l'organismo umano, è stato possibile realizzarla nel trattamento della parotite epidemica conquistando un'arma formidabile alla terapia della parotite, con la rapida guarigione di una forma morbosa che spesse volte apporta dei gravi disturbi nei giovanetti, poichè la localizzazione di tali germi nei testicoli può rendere sterile gli uomini per atrofia consecutiva degli organi alla guarigione.

Palermo, aprile 1928.

BIBLIOGRAFIA.

A. BOCCHINI. La Pediatria, vol. 34, n. 2.
P. FARRERAS. Revista españ. de médic. y cir., 1926, n. 96; dal Policlinico, Sez. pratica, fasc. 37.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI VOLOSCA - ABBAZIA (CARNARO).

Sopra un caso di mola vescicolare

per il primario GIACOMO dott. KURZ.

Se mi permetto di dare il mio modesto contributo allo studio della sunnominata anomalia non ho la presunzione di voler arricchire la semeiologia nè accennare a nuove conquiste di terapia, ma mi limito a ricordare al medico pratico la possibilità di fissare una diagnosi esatta già al primo esame e di provvedere a tempo a chè la donna venga sorvegliata in modo di farle superare felicemente questa affezione, comunemente non scevra di pericoli.

Il 6 gennaio 1928, viene ricoverata all'ospedale, da me diretto, la paziente M. U. di anni 32. Il medico curante l'aveva indirizzata al nocosomio perchè gli era sorto il dubbio che si trattasse di gravidanza estrauterina, essendo sopravvenuta una leggera emorragia degli organi genitali ed avendo egli riscontrato all'esplorazione vaginale una certa resistenza al cavo di Douglas.

Anamnesi. — La donna è di famiglia sana, non ricorda d'aver sofferto altre malattie, all'infuori d'una febbre tifoidea che avrebbe superato a 10 anni. Mestruò a 17 anni, irregolar-

mente per frequenza, con 5 giorni di durata. Maritata 5 anni fà. Partorì 3 volte, la prima 4 anni fà, la seconda 3 anni fà, e la terza 11 mesi fà. Parti normali. Tutti e tre i bambini vivi e sani. L'ultima mestruazione il 21 settembre, meno abbondante. Il 21 novembre cominciò a sanguinare lievemente. Credette d'esser gravida e non avvertiva alcuna sensazione o disturbo peculiare non comune alle gravidanze precedenti.

Lo stillicidio di sangue cessò dopo un periodo di riposo, per ricomparire il 13 dicembre. Un'altra emorragia avvenne il 24 dicembre e la donna ricorse al consiglio di un medico che le prescrisse compresse di stipticina; successivamente il 6 gennaio 1928, lo stesso medico, dopo un'esplorazione vaginale, le consigliò il ricovero all'Ospedale.

E. O. — Trattasi di una donna di formazione scheletrica normale, stato di nutrizione mediocre, costituzione sana. Colore della cute e delle mucose visibili roseo. Nessun segno di anemia. L'esame degli organi interni non rileva alcunchè di anormale. Misure del bacino: distanza delle spine iliache sup. 29; distanza delle criste 32; distanza dei trocanteri 34; distanza Baudelocque 20; coniugata vera 10 1/2. Temperatura 37.4. Polso: 88.

Il fondo dell'utero raggiunge la linea che passa due dita trasverse sotto l'ombelico. La forma dell'utero è leggermente ovale col diametro trasversale aumentato, cosicchè il volume dell'utero non corrisponde ai dati anamnestici circa il tempo della gravidanza, ma bensì li supera.

Il riscontro vaginale ci rileva la vulva e la vagina corrispondenti ad una multipara, nessun segno d'infezione; il muso di tinca sollevato sotto la sinfisi con tutti i segni tipici per una multipara. La consistenza dell'organo gravido è per sè più tesa del normale e facilmente dà adito alla modificazione dello stato di contrazione. Parti fetali non si distinguono come pure agli esami ripetuti ed accurati non si riesce a rintracciare alcun battito cardiaco del feto. L'orificio esterno è pervio per un dito, il canale cervicale però chiuso. Alla parte sinistra del fornice posteriore si riscontra una tumefazione della forma e del volume di un rene di ragazzo — cisti luteinica dell'ovaia? — che rimane immutata all'esplorazione pure dopo abbondanti evacuazioni ed in ripetuti esami. Questa tumefazione pare di superficie liscia, elastica, non dolente alla leggera palpazione ed alquanto spostabile. L'ovaia destra non si riesce a distinguere sicuramente. Inoltre si costata un modico stillicidio sanguigno da parte dell'utero. Questo scolo non contiene dei corpuscoli fissi.

Decorso. — Dai dati clinici riassumiamo i fatti più essenziali. Lo stato generale della donna si mantiene immutato, cioè favorevole. Il colorito della faccia e delle mucose visibili, la qualità del polso si mantengono costantemente buoni, nonostante una lieve emorragia pressochè permanente. La temperatura mostra delle elevazioni termiche lievi fino a 37.4 C. La donna non accusa dolori o disturbi soggettivi di sorta. L'esame oggettivo però rivela un fatto importantissimo cioè l'ingrandimento rapido dell'utero, il cui fondo si solleva di giorno in giorno a vista d'occhio in modo che dopo quattro giorni lo troviamo due dita trasverse al disopra dell'ombelico, anzichè due dita trasverse sotto, com'era nel momento dell'entrata all'ospedale.

La consistenza della parete dell'utero varia, la forma stessa presenta delle volte una sporgenza unilaterale. Durante tutto il soggiorno battiti cardiaci e parti del corpo fetale non sono osservabili.

Tutto quanto suesposto ci indusse a supporre l'esistenza d'una *mola vescicolare*, che meglio ci spiegava l'accrescimento repentino dell'utero, dopo aver scartato per diagnosi differenziale la possibilità dell'esistenza di gravidanza gemellare, di emorragia interna per distacco precoce della placenta, di idramnios, ecc. La diagnosi non poteva ritenersi certa finchè il canale era chiuso e mancava la fuoruscita delle caratteristiche trasformazioni dei villi in forma di vescichette.

Visto che la donna sopporta bene le lievi e continue perdite di sangue non ci pareva per il momento data l'indicazione per un procedimento attivo. Ci limitiamo ad osservare attentamente l'ulteriore decorso.

Alle 24 del 12 gennaio, la donna fu colta da dolori che essa riconobbe subito, per l'esperienza dei parti superati, come doglie. Queste si susseguono sempre più accentuate e più spesse, accompagnate da emorragia ora sempre più spiccata. Il riscontro vaginale praticato dall'assistente dott. Finderle alle ore 2 rivela l'orificio esterno pervio per un dito come pure il canale. Alle ore 4 orificio esterno beante per due dita, mentre la porzione vaginale dell'utero sta per scomparire e si tasta una massa della forma e grandezza d'un grappolo d'uva con acini. In questo momento l'emorragia diviene preoccupante. Si procede senza esitazione al distacco cauto ed energico della mola ormai chiaramente verificata. Si evacuano di masse solide (mola e sangue coagulato) circa 2 chilogrammi. Con ciò l'emorragia imponente era vinta. Per maggior sicurezza alle ore 6 fù eseguito con tutte le necessarie cautele un raschiamento del cavo uterino. Si inietta dell'ergotina intraglutealmente e si pratica un'infusione di soluzione fisiologica.

I giorni seguenti la paziente si sente bene, si notano i primi due giorni piccole elevazioni termiche che non sorpassano i 38°. Lo scolo uterino modico, i primi giorni sanguigno, poi si tramuta in sieroso. Al cuore per alcuni giorni un leggero soffio sistolico alla mitrale (anemico). La donna si rimette presto, dorme bene ed ha una convalescenza normale.

Prima dell'uscita viene ordinato alla donna di presentarsi ripetute volte ad un controllo accurato all'ospedale onde osservare l'ulteriore decorso della convalescenza che potrà essere compromessa dalla insorgenza di una manifestazione maligna cioè dallo sviluppo di un corioepitelioma. S'intende procedere ad un esame microscopico della mucosa uterina.

Il caso suaccennato merita alcune considerazioni. In primo luogo trattasi di una donna piuttosto giovane, ciò che mi accadde pure in altri casi di mola vescicolare di cui una si trovava a 27 anni, mentre nei testi leggiamo di solito di donne affette di mola in età più avanzata. In quanto alla diagnosi essa non riesce tanto difficile quando non si dimentichi l'esistenza di questa affezione non estremamente rara.

Il sintoma principale che deve indurre il me-

dico a pensare a questa anomalia è proprio la discordanza fra la durata della gravidanza e il volume dell'utero. Nel caso d'idramnios l'utero assume la forma piuttosto sferica e la fluttuazione è molto spiccata. Nei casi di gravidanza gemellare si riesce di solito a distinguere i sintomi conosciuti che depongono per l'esistenza di due feti ed inoltre il volume dell'utero non suole comparire tanto aumentato già nei primi mesi. Inoltre il reperto dell'ovaia che troviamo tanto caratteristico in questo caso è degno di somma attenzione e ci può arricchire dei sintomi per la diagnosi differenziale.

Non possiamo che caldamente raccomandare, fatta la diagnosi, il ricovero della donna affetta di quest'anomalia perchè, come dimostra chiaramente anche il nostro caso, il medico pratico può trovarsi di fronte a situazioni molto gravi, difficilmente superabili in casa privata, ove non può disporre dell'assistenza e dei presidii che offre un luogo di cura.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE DI S. CROCE IN FANO.

Si deve o no drenare l'addome negli interventi per peritonite acuta d'origine appendicolare? (*)

Dott. Prof. MARCELLO SBROZZI, chirurgo primario.

L'argomento ha fatto scorrere fiumi d'inchiostro, ma su di esso non si è ancora raggiunto l'accordo sia presso di noi che all'estero; si scorrano in proposito le vivaci discussioni di quest'anno alla Società di Chirurgia di Parigi e si leggano i resoconti del Congresso Francese di Chirurgia dei primi del mese corrente, in cui « il drenaggio in chirurgia addominale » costituì il tema di una relazione.

Non è mia intenzione con questa comunicazione di discutere le ragioni di coloro che sostengono il drenaggio della cavità addominale ogni qualvolta una reazione peritoneale accompagni una appendicite acuta, e di coloro che viceversa propendono per il trattamento chiuso anche nei casi di peritonite diffusa di origine appendicolare. Riferirò semplicemente i risultati della mia esperienza in proposito, intendendo portare un contributo casistico alla risoluzione del problema.

Naturalmente non prendo in esame i casi di appendicite acuta in cui l'appendice è ancora chiusa, qualunque sia il suo stato anatomo-patologico, e il peritoneo circostante sano o semplicemente arrossato od esiste magari qualche po' di essudato sieroso torbido libero. In simili casi si è ormai tutti d'accordo che quando si sia asportato correttamente e completamente l'organo malato e si sia accuratamente spugnato l'essudato, si può tranquillamente chiudere il peritoneo e la parete addominale senza drenaggio.

Nè mi attardo a ripetere che ogni qualvolta un'appendicite acuta abbia dato luogo ad un ascesso circoscritto nella fossa iliaca destra o nella pelvi (ascesso periappendicolare, peritonite incistata) il metodo di trattamento comunemente accettato è il seguente: incisione prudente, strato per strato, della parete — attenti alle anse intestinali! —, vuotamento della o delle sacche ascessuali, drenaggio della cavità, lasciando la ferita parietale completamente aperta; l'appendice, se viene a portata di mano e sotto il controllo della vista, la si esporta; altrimenti è bene non andare a cercarla per evitare il pericolo che durante le manovre di ricerca si rompa la barriera di difesa naturale e si inquini il peritoneo con le conseguenze gravissime che ognuno sa.

La questione diventa controversa quando si tratta della cura della peritonite diffusa d'origine appendicolare. Tutti sono di accordo sul primo tempo del trattamento: la soppressione ad ogni costo della causa della peritonite, cioè della appendice, sia essa o no perforata; ed il prosciugamento più accurato possibile dell'essudato siero-purulento o purulento libero nell'addome o raccolto nelle cavità declivi o fra le anse del tenue agglutinate. Il disaccordo sorge sulla seconda parte del trattamento: alcuni, fatta la toilette della cavità peritoneale, drenano l'addome in una maniera o nell'altra; altri suturano completamente la parete confidando nei poteri naturali di difesa della sierosa. Tanto gli uni che gli altri portano in appoggio del loro metodo argomenti teorici e statistiche operatorie.

Ecco i risultati della mia esperienza nell'ultimo triennio 1925-27.

Appendiciti acute senza compartecipazione del peritoneo: n. 14. Trattamento chiuso n. 14; guarigioni per prima n. 14.

Appendiciti acute con peritonite circoscritta n. 8. Trattamento chiuso n. 7; guarigioni per prima n. 7. Drenaggio n. 1: guarigione n. 1.

Peritonite acuta diffusa da rottura di ascesso appendicolare n. 1. Trattamento con drenaggio n 1 - morto.

Peritoniti acute diffuse da perforazione appendicolare n. 12. Trattamento con drenaggio n. 7 guariti n. 2, morti n. 5. Trattamento chiuso n. 5 guariti n. 5.

(*) Comunicazione fatta al 34° Congresso della Società Italiana di Chirurgia; Parma, ottobre 1927.

Appendiciti acute con ascesso circoscritto nella fossa iliaca o nella pelvi n. 18. Incisione dell'ascesso, senza appendicectomia, e drenaggio n. 18; guariti n. 17, morti n. 1.

I casi che ci interessano sono 21 e cioè: 8 con peritonite circoscritta e 13 con peritonite diffusa. Prima di trarre delle conclusioni dai risultati statistici, che hanno sempre un valore relativo se presi così come sono, premetto qualche dato sullo stato anatomo-clinico delle lesioni e sul metodo di trattamento.

Gli 8 casi di appendicite acuta con peritonite circoscritta furono operati tutti entro le 48 ore dall'attacco, la maggior parte fra le 24 e le 36 ore. Le alterazioni dell'appendice erano le solite che si riscontrano in detto periodo, alcune molto gravi, senza però raggiungere la perforazione. Nella fossa iliaca e nello spazio latero-colico di destra si trovò costantemente liquido libero ora sieroso torbido, ora sieroso purulento; nel cieco e nel tenue circostante peritonitis rubra; talora essudati fibrinosi a ridosso delle anse agglutinate fra loro.

Nei 13 casi di peritonite generalizzata si trovò costantemente perforazione dell'appendice, ora verso la punta, ora verso la base, talora in più punti; in un caso si ebbe distacco spontaneo alla base per gangrena; in un altro la perforazione fu determinata da una ulcera tifosa. In 7 casi si sviluppò una peritonite diffusa d'emblée; si trovò liquido torbido fetido libero nella cavità addominale in mezzo al quale nuotavano le anse del tenue ricoperte di false membrane e di placche di fibrina; il versamento nel Douglas era di solito più denso del rimanente. In 5 casi si riscontrò la forma di peritonite a grandi focolai multipli con raccolte di essudato purulento nella fossa iliaca destra e sinistra, nel Douglas, nello spazio latero-colico destro, fra le anse del tenue tra loro lassamente aderenti e limitanti ascessi più o meno voluminosi. In un caso si trovò l'addome inondato di pus fetido cremoso proveniente da un ascesso appendicolare rottosi in ottava giornata. L'intervento si praticò in 2ª giornata in 4 casi; in 3ª in 6 casi; in 4ª in un caso; in 5ª in un caso; poche ore dopo la rottura dell'ascesso nel caso su ricordato.

Quale è stato il metodo di trattamento? Le 8 appendiciti acute con peritonite circoscritta furono trattate tutte, meno una, come le appendiciti acute senza risentimento peritoneale: incisione pararettale; asportazione dell'appendice ed infossamento, quando era possibile, del moncone; spugnatura dell'essudato libero nella fossa iliaca e nello spazio latero colico destro, più accurata possibile, con pezze di garza; detersione con pezze imbevute di etere; chiusura totale del peritoneo con sutura continua di catgut; idem dell'aponeurosi; sutura totale della pelle con seta e punti metallici. In un solo caso si drenò la fossa iliaca perchè non si ebbe la sicurezza di avere asportato completamente il liquido siero-purulento in essa raccolto. Costantemente si ebbe guarigione per prima e dimissione degli infermi in 11ª o 12ª giornata; il malato drenato guarì in 25 giorni.

La peritonite diffusa di origine appendicolare fino al principio dell'anno corrente fu da me trattata nel modo seguente: incisione pararettale; appendicectomia senza infossamento del moncone; spugnatura accurata del pus libero in cavità; ricerca e prosciugamento dell'essudato purulento nello spazio latero colico di destra, nel Douglas, fra le anse del tenue e nelle fosse iliache; detersione della cavità con pezze imbevute di etere; drenaggi di gomma contornati di garze spinti, a seconda del bisogno, nel Douglas, nella loggia sottoepatica, nelle fosse iliache; sutura parziale della parete. Casi trattati n. 7: morti 5, guariti 2. Non ho compreso in questo gruppo il caso di peritonite diffusa da rottura di ascesso appendicolare, perchè queste peritoniti sono eccezionalmente gravi e di prognostico generalmente infausto, dato che insorgono in individui i cui poteri di resistenza sono molto diminuiti dalla intossicazione e dal digiuno di parecchi giorni.

Quest'anno ho provato il trattamento chiuso: incisione pararettale (in un caso laparatomia sottombelicale mediana perchè incerta la causa della peritonite); appendicectomia senza infossamento del moncone; spugnatura dell'essudato libero nella cavità addominale; detersione di essa con pezze di garza imbevute di etere; chiusura totale del peritoneo con sutura continua di catgut; idem dell'aponeurosi; punti di seta a tutto spessore della parete; piccoli stuelli di garza nel sottocutaneo tra un punto di seta e l'altro. Casi trattati n. 5: guariti 5. In due malati si ebbe suppurazione del sottocutaneo, in uno del sottocutaneo e parziale delle fasce, che fu dominata con una settimana circa di medicature al Dakin; negli altri due, guarigione per prima.

Alcuni sostenitori del drenaggio potrebbero osservare, seguendo l'opinione di Faure, che i 5 casi di morte su i 7 trattati col metodo aperto sono imputabili non al drenaggio, ma al drenaggio incompleto, eseguito male; perchè, secondo l'eminente ginecologo francese, l'unico drenaggio utile in questi casi è il Mikulicz da applicare senza rinchiudere affatto il ventre; i drenaggi con tubi di gomma, con pezze di garza, che importano qualche punto di sutura della parete, sono insufficienti. « Bisogna rinunciare a

qualsiasi sutura della parete: bisogna lasciare il ventre aperto come si lascia aperto il focolaio di gangrena gassosa; occorre ancora, se di bisogno, aprire dai due lati ed anche sulla linea mediana ». (Faure, *Presse Méd.* 1925, n. 80).

Ma non tutti sono del medesimo parere: alcuni si accontentano di piazzare un grosso drenaggio o un drenaggio sigaretta o una lunghetta di garza nella cavità del Douglas attaverso un occhiello soprapubico; altri infilano drenaggi in tutte le regioni donde proviene il pus; altri sostengono, nelle donne, il drenaggio addomino vaginale sistematico per mezzo di colpotomia; altri infine accoppiano al drenaggio l'irrigazione subcontinua con liquido di Dakin o con altro liquido modificatore.

Non si è d'accordo neppure sul momento in cui occorre togliere i drenaggi: chi li lascia 2, chi 5, chi 8 giorni; e ciò in rapporto con le diverse concezioni teoriche che si hanno sulla funzionalità e sulle proprietà fisiche del drenaggio, che qui sarebbe fuori luogo ricordare.

Per esaltare i poteri naturali di difesa del peritoneo sono stati escogitati vari mezzi: anzitutto il lavaggio della cavità peritoneale infetta; sono usati e vantati i lavaggi con siero fisiologico caldo, con siero glucosato 20 %, con etere, con la soluzione iodica isotonica di Pregl, con liquido di Dakin, con soluzione acida di pepsina idroclorica ecc.; alcuni invece di liquido adoperano insufflazioni di ossigeno a corrente continua; altri consigliano di lasciare in cavità olio canforato all'1 % o argento colloidale, da una a sei fiale da 5 cmc. di elettrargolo (Solieri, *Policl.* Sez. pratica 1927, n. 7); Hustinx (Congr. Franc. Chir. ottobre 1927) usa una miscela di olio, iodoformio e cera che manterrebbe in cavità una atmosfera antisettica e si riassorbirebbe dopo circa due mesi. Attualmente la maggioranza dei chirurghi è contro il lavaggio al quale non attribuiscono alcun vantaggio ma seri inconvenienti (diffusione dell'infezione e riflessi depressori); anche l'ossigeno e l'olio canforato non hanno dato i risultati che se ne aspettavano; Solieri vanta il suo metodo. Dalla mia esperienza risulta che la sierosa peritoneale si difende bene da sè senza stimoli di sorta.

La proposta della chiusura totale dell'addome nelle peritoniti acute diffuse d'origine appendicolare è partita in Francia da Ombredanne nel 1920. Voglio qui ricordare che durante la guerra nella 3ª Ambulanza Chirurgica adottavamo il trattamento chiuso nelle ferite penetranti dell'addome con risultati soddisfacenti.

Non è qui il caso di illustrare le vedute teoriche donde partono i sostenitori del trattamento chiuso; essi affermano che tranne in casi eccezionali, il drenaggio è inutile e dannoso: inutile perchè il drenaggio non drena; dannoso perchè diminuisce o sopprime i poteri naturali di difesa del peritoneo, favorisce la ritenzione e l'infezione secondaria, determina aderenze che possono provocare, al momento dell'estrazione, eventramenti, fistole stercoracee ed urinarie, ulcerazioni vasali, embolie, occlusioni ecc. Le statistiche operatorie diranno l'ultima parola sulla dibattuta questione che nel recente Congresso Francese ha lasciato i contendenti ognuno sulle proprie posizioni.

Vediamo intanto qualche dettaglio di tecnica, sul metodo di chiusura totale, non privo di importanza.

Durante la guerra nelle ferite penetranti dell'addome, dopo aver suturato le eventuali lesioni dell'intestino e dello stomaco e detersa la cavità, se non esistevano emorragie da lesioni dei visceri solidi, si passavano punti di seta a tutto spessore comprendenti il peritoneo, le aponeurosi e la pelle; e dopo aver suturato con un sopraggitto di catgut il peritoneo e le aponeurosi separatamente, stringevamo i fili di seta sopra un rotolo di garza. Lecène (*Therap. Chir.* 1926), partigiano del trattamento chiuso, pone come condizione assoluta la sutura in un solo piano della parete addominale, ritenendo la sutura a strati un errore chirurgico in ambiente infetto, e consiglia drenare la parete muscolare per evitare infezioni secondarie. Altri (Dumarest, *Presse Méd.* 1927, n. 64), ritiene deleterio detto metodo di sutura perchè maltratta i tessuti, aggrava l'infezione parietale, se esiste, favorendo la diffusione dell'infezione peritoneale, attraverso il filo, nei muscoli e nel sottocutaneo. Ho potuto constatare per mia esperienza la verità di detto asserto; tanto che negli ultimi casi, dopo aver suturato con catgut in due piani separati il peritoneo e le aponeurosi, ho passato i punti di seta attraverso la parete escludendo il peritoneo; così facendo ho evitato l'infezione della parete stessa. I piccoli drenaggi di garza nel sottocutaneo sono utilissimi e sufficienti per evitare o per combattere la facile e frequente eventualità di una infezione parietale; permettono la sutura della pelle che alcuni non praticano affatto; e non pregiudicano la solidità della cicatrice. Dicevo poco sopra che le statistiche non hanno mai un valore assoluto; pertanto non ho la pretesa di affermare che il metodo del trattamento chiuso nelle peritoniti diffuse d'origine appendicolare sia in ogni caso da seguire, solo perchè ho avuto il 100 % di guarigioni nei miei ultimi 5 casi; certo è che sono incoraggiato a proseguire nel metodo. Debbo per obiettività dire che si trattava di individui giovani (il peritoneo dei giovani si difende meglio di quello degli adulti), e che la peritonite era in alcuni in 2ª ed in altri in 3ª giornata. Nei 5 decessi dei 7 trattati col drenaggio i malati,

tranne uno; erano anche essi giovani; ma la peritonite era in 3ª, 4ª e 5ª giornata. Anche i sostenitori del trattamento chiuso sono d'accordo che dalla quarta giornata in poi è preferibile il drenaggio.

Resta ora da ripetere ancora una volta — fino alla noia, ma purtroppo per alcuni medici è ancora necessario — che l'intervento rapido in queste forme è la prima condizione del successo; e che la migliore cura è sempre la profilattica, la quale consiste nel proporre l'intervento immediato nelle appendiciti acute prima che l'infezione si diffonda al peritoneo; e ciò anche nelle forme che sembrano all'inizio lievi, perchè nessuno può presagire la evoluzione di questi processi. Il consiglio di operare a freddo quando si ha la ventura di cogliere l'attacco nelle prime 24, 36 e magari, secondo alcuni, 48 ore, è un errore grave, purtroppo perpetrato ancora da parecchi medici. Alcuni chirurghi, anzi, propongono di operare le appendiciti acute in qualunque periodo, senza tener conto del tempo trascorso dall'attacco, anche nel periodo di formazione o presenza del piastrone infiltrativo senza suppurazione. Ma questo metodo non è accettato dalla gran maggior parte dei chirurghi nostri e stranieri; e pertanto è da considerarsi prematuro e da sconsigliarsi sopratutto ai giovani poco drenati in chirurgia addominale, al fine di evitare disastri operatori.

La mia statistica di quest'ultimo triennio comprende 202 appendiciti con 18 ascessi appendicolari, 13 peritoniti diffuse operate e 2 non operate perchè i malati giunsero all'ospedale in istato preagonico e morirono dopo qualche ora dall'ingresso. In soli 22 casi si potè operare in primo tempo; adunque il raffreddamento sui 180 rimanenti è mancato in 33 casi, ossia in circa il 20 %, poichè nel numero globale sono compresi alcuni casi di appendicite cronica fin dall'inizio. Ora, quando si consideri che in tutti i 22 casi di appendicite acuta operati a caldo si ebbe costantemente guarigione per prima con una degenza media di 12 giorni — nè più nè meno di quanto si ottenne in tutti gli operati a freddo — e che per attendere il raffreddamento si ebbero 33 casi di complicazioni peritoneali con 9 morti, senza tener conto delle lunghe degenze e degli interventi secondari per eventramenti e per ablazione dell'appendice negli operati di ascesso appendicolare; quando si rammenti che da parecchi anni, risultati presso a poco identici ai miei sono stati ottenuti e pubblicati ripetutamente da molti chirurghi, non si comprende come non sia ancora entrata nella mentalità di tutti i medici e del pubblico la convenienza e la necessità in ogni caso dell'intervento a caldo nelle prime 24-36 ore.

MEDICINA SOCIALE.

La lotta antiadenoidea in Italia.

Prof. T. MANCIOLI,
Direttore dell'Istituto del Governatorato di Roma per la cura dell'adenoidismo.

La lotta contro l'adenoidismo come azione *individuale* cominciò da quando Meyer pubblicò la sua monografia sulle vegetazioni adenoidi (1868). Da allora si andò lentamente estendendo col sorgere dei primi ambulatori e delle prime cliniche otoiatriche che furono le banditrici delle nozioni sui gravi danni prodotti dall'adenoidismo che fin dalle prime ricerche si presentava diffusissimo nella popolazione infantile di ogni paese.

La lotta cominciò ad avere maggiore incremento in Italia una ventina di anni fa con il sorgere della medicina scolastica e parve che la scuola dovesse essere protetta dall'adenoidismo. Molti di noi ci occupammo di questo argomento specie a Milano, Genova, Bologna, Lucca e Roma: in queste città e poche altre si fondarono ambulatori della specialità per gli alunni: degli adenoidei veniva data informazione alle famiglie: quelli forniti di certificato di povertà venivano inviati ai reparti ospitalieri perchè si operassero.

La lotta si estendeva da individuale in *municipale;* ma procedeva lenta e pigra e con azione limitata; in poche città d'Italia si era a questo punto, in tutte le altre, non si era fatto neppure questo quando il 30 gennaio 1927 si inaugurava a Roma l'Istituto Governatorale per la cura dell'adenoidismo.

È còmpito dell'Istituto:

1) diffusione specie fra gli insegnanti, delle cognizioni elementari per la diagnosi di probabilità dell'adenoidismo e opera di persuasione presso le famiglie con conferenze, opuscoli, cinematografie, ecc., perchè i ragazzi sieno curati;

2) accertamento e selezione degli adenoidei nelle scuole e nelle collettività giovanili, assegnandoli alle varie cure (chirurgica o medica) con l'atuio dei medici scolastici, vigilatrici sanitarie, insegnanti, ecc.;

3) cura chirurgica;

4) cure mediche (somministrazione di medicinali, ginnastica respiratoria, terapia inalatoria);

5) osservazioni sanitarie (misure di peso, altezza, perimetro toracico, analisi chimiche, esami istologici, statistiche, ecc.).

L'azione di propaganda è facilitata dalla sezione fotografica e dalla Cineteca del Governatorato.

Per le analisi si dispone, oltre che di un gabinetto proprio per quelle più usuali, dell'ampio laboratorio chimico e istologico dell'Ufficio d'igiene.

Accordi presi col Direttore della R. Clinica otorino-laringojatrica di Roma aprono la possibilità a tutti i suoi assistenti di estendere sull'enorme materiale di cui l'Istituto dispone ricerche e osservazioni scientifiche poichè se lo scopo essenziale dell'Istituto è quello dell'assistenza deve favorire con ogni mezzo il progresso scientifico.

L'Istituto di Roma ha cominciato ad occuparsi degli alunni delle scuole Governatorali, da quest'anno ha esteso il servizio anche a ragazzi di Istituti di beneficenza, asili, balilla, bambini dell'età prescolastica.

Questo è il tipo della lotta completa di cui Roma ha dato per prima l'esempio per cui l'Istituto ha avuto l'onore di essere citato a modello dal Capo del Governo non solo per il suo fabbricato e per i suoi servizi bene accentrati ma per tutti i rami di cui si occupa e per il fatto che diffonde la sua efficenza fra tutti coloro che richiedono il suo aiuto, dalla primissima infanzia ai 20 anni senz'altro requisito che *il bisogno di essere curati.*

Chiarisco alcune parti in cui si distribuisce il servizio:

1) Censimento degli adenoidei nelle scuole. 12 medici scolastici e 24 vigilatrici sanitarie appositamente istruite fin dal principio dell'anno scolastico iniziano il censimento degli adenoidei dimodochè in ciascuna classe abbiamo classe per classe una prima selezione.

2) Scelta degli adenoidei da proporsi alle cure dell'Istituto.

Il sottoscritto visita 5 scuole per settimana e distingue gli alunni che hanno bisogno della cura chirurgica da quelli che dovranno essere sottoposti alle sole cure sussidiarie.

Poichè è bene che il beneficio della cura sia esteso il più rapidamente possibile a tutti i rioni della città si preferisce sceglier gruppi di alunni per ciascuna scuola. In turni successivi la cura sarà estesa agli altri. Nella scelta degli alunni da inviarsi all'Istituto che viene concordata fra il medico scolastico, la vigilatrice sanitaria e la direzione della scuola la precedenza è agli orfani di guerra e ai meno abbienti.

L'opera delle vigilatrici sanitarie, delle Direzioni delle scuole e degli insegnanti rifulge in questa fase della lotta che consiste nel convincere le famiglie a concedere l'autorizzazione per l'intervento chirurgico. Bisogna raccogliere tali famiglie e spiegare brevemente e chiaramente di che cosa si tratti. In rioni popolari si fa projettare la Cinematografia sulla « Cura dell'Adenoidismo », che dimostra tra l'altro la semplicità a cui è ridotto il « raschiamento » delle Vegetazioni adenoidi. Dopo tale lavoro di persuasione è eccezionale che le famiglie rifiutino il loro consenso che viene fatto per iscritto dietro apposito biglietto.

Dopo le prime operazioni in alcuni quartieri popolari (Testaccio, S. Lorenzo), le mamme dei bambini operati hanno fatto per loro conto attiva propaganda presso le madri di alunni di altre scuole perchè si decidano a fare operare i loro ragazzi.

3) Terapia chirurgica.

Il giorno stabilito tutti gli alunni di una scuola che sono stati scelti per l'intervento chirurgico si presentano accompagnati dalle loro famiglie nell'Istituto di cura; sono sottoposti successivamente al « raschiamento », e quindi rimangono per due ore in sdraje nella Sala di riposo.

Alle famiglie vengono dati i consigli del caso (tenere i ragazzi in casa e riposati per 3 giorni; alimentazione fredda e liquida per la prima giornata; eventualmente, se sopravverrà un po' di febbre, una leggera purga in seconda giornata, ecc.).

Dopo 5 giorni dal « raschiamento » questi alunni insieme agli altri compagni della stessa scuola che sono stati giudicati affetti da adenoidismo più lieve, iniziano il turno di Terapia inalatoria.

4) La Terapia inalatoria è praticata collettivamente o individualmente. La sala di polverizzazioni collettive accoglie gruppi di oltre 50 ragazzi i quali durante la cura praticano esercizi di ginnastica e cantano allo scopo di tenere bene in esercizio i muscoli respiratorii e ampliare la capacità dell'assorbimento polmonare. La sala, di circa 450 metri-cubi, riscaldata a termosifone nell'inverno, viene caricata da due potenti polverizzatori azionati da un motore di 5 HP con nebbia secca di acqua naturale di Salsomaggiore. La sala dopo 10' è ricca di nebbia salina in modo che il carattere N. 10 di una tavola di Monoyer non viene percepito da vista normale a m. 5; allora s'inizia una lieve ventilazione dell'ambiente, controbilanciata da continua immissione di nuova nebbia, di modo che l'aria medicamentosa respirata è « corrente », non ristagnante.

La durata delle sedute è di mezz'ora; subito dopo usciti i ragazzi sia aprendo porte e finestre, sia azionando due potenti aspiratori in 5 minuti tutto l'ambiente viene spazzato della nebbia e l'aria completamente rinnovata; dopo un quarto d'ora la sala è nuovamente pronta per accogliere un altro turno di 50 alunni. In questo modo si potrebbero curare fino a 500 alunni al giorno.

Le inalazioni individuali si praticano con 12 polverizzatori azionati da un serbatojo di aria compressa, il quale viene riempito dallo stesso motore dei polverizzatori collettivi negli intervalli in cui non è necessario che questi sieno tenuti in azione. Dispositivi speciali permettono che la pressione dell'aria sia quasi costante.

Per mezzo di tali apparecchi, ideati dal sotto-

scritto, avviene un vero e diretto travasamento del materiale polverizzato nelle prime vie respiratorie del paziente: infatti dal polverizzatore parte un tubo di gomma sul quale si innesta un tubetto di vetro fatto a forcina, le cui 2 branche più vicine vengono introdotte nelle narici del paziente.

L'esame microscopico dell'aria che esce dai polverizzatori contenenti soluzioni saline mostra che questa è satura di cristalli della grandezza da 1 a 6 u, ampiezza voluta appunto per rendere possibile il passaggio dei suddetti cristalli nelle prime vie respiratorie, ove verranno facilmente assorbiti.

Generalmente le inalazioni individuali, che hanno la durata di 10', — apposite clepsidre segnano facilmente il tempo —, si preferiscono nei ragazzi sottoposti alla cura chirurgica o in quelli a temperamento eretistico.

Le soluzioni adoperate con questo sistema sono di Calcio e meno in casi speciali o soggetti a speciali indagini preferiamo l'acqua madre di Salsomaggiore, la quale è ricchissima di tale prezioso elemento. In alcuni casi speciali riteniamo necessario praticare ad alcuni pazienti delle cure con acque solfuree, ematogene, con soluzioni balsamiche, e per queste ci serviamo dei polverizzatori individuali. In altri casi è necessario che tali polverizzazioni sieno riscaldate: con apposito dispositivo elettrico abbiamo reso possibile tale modificazione senza che le soluzioni vengano alterate dal calore.

Osservazioni sanitarie svariatissime vengono offerte da questo enorme numero di ragazzi e quindi si tiene conto del peso, dell'altezza, della capacità polmonare, si fanno osservazioni sul sangue, sulle orine, sulla termogenesi, sulla attenzione, intelligenza, rendimento scolastico, ecc.

Tali osservazioni daranno un largo contributo a molti problemi della terapia dell'infanzia, ma sopratutto noi abbiamo ferma fede che potranno dimostrare quanto il nostro lavoro fu fecondo per lo scopo che ci guida a contribuire a rendere più forte e più sana di mente e di corpo l'infanzia di oggi, la popolazione di domani.

Eravamo abituati da tempo a sentire dire — e ripetevamo — che la lotta dell'adenoidismo si fa nel Belgio, in Francia, in Inghilterra, in America, ecc.

Ho attinto ovunque notizie dirette, e mi risulta che si fa soltanto l'accertamento dell'adenoidismo, e si avvertono le famiglie della necessità della cura. In alcuni Stati della Federazione Nord-Americana, non si ammettono a scuola i bambini che non presentino certificati di essere esenti o di essere stati operati di vegetazioni adenoidi; ma nulla si fa per facilitare la cura, almeno nei termini di cui Roma ha dato per prima l'esempio.

L'esempio di Roma ha dato rapidamente i migliori frutti non solamente sulla enorme massa dei ragazzi curati, come sarà dimostrato in apposita relazione di prossima pubblicazione, ma sopratutto nell'essere stato lo stimolo che ha acceso la lotta contro l'adenoidismo in tutta Italia.

Il Capo del Governo lanciava una circolare ai Prefetti del Regno perchè sulle norme di quanto aveva fatto il Governatorato di Roma si provvedesse a organizzare ovunque la lotta contro l'adenoidismo (24 marzo 1927).

Il Ministero dell'Interno delegava il sottoscritto a compiere studi e eseguire accertamenti diretti ad indirizzare e controllare l'attività delle varie istituzioni sanitarie assistenziali e scolastiche che debbono attuare la lotta contro l'adenoidismo nel Regno (13 giugno 1927).

Si fondava un Comitato Nazionale volontario per la lotta contro l'adenoidismo (ottobre 1927) a cui parteciparono quasi tutti gli otologi d'Italia e tale centro di azione trovava larga ospitalità nella sede dell'Istituto Italiano d'Igiene Previdenza e Assistenza sociale in Roma (dicembre 1927).

Conferenze sull'adenoidismo si tenevano da Citelli a Catania, Garbini a Messina, Rugani a Siena, Della Cioppa a Napoli, Mancioli a Reggio Calabria, Palermo, Aquila, Iesi, Roma, Fornari a Bari, Marini a Catanzaro, Tommasi a Lucca, ecc. ecc.

Organizzazioni per la lotta contro l'adenoidismo si vanno istituendo, e in qualche centro sono in piena efficenza, a Reggio Calabria, Catania, Bari, Brindisi, Taranto, Napoli, Firenze, Genova, Aquila, Grosseto, Torino, Milano, Brescia, Venezia, ecc.

Il Ministero degli Esteri si è rivolto alle autorità Consolari perchè anche nelle scuole italiane all'Estero la lotta contro l'adenoidismo venga sollecitamente iniziata.

SUNTI E RASSEGNE.

VASI SANGUIGNI.

Le arteriti diabetiche.

(LETULLE M., LABBÉ M., HEITZ J., NEPVEUX. *Bull. Acad. d. Méd.*, n. 13, p. 394, a. 1927, 29 marzo).

Le gangrene diabetiche possono essere arteriose, nervose o infettive. Le arteriti diabetiche sono analoghe a quelle ateromatose; si distinguono da queste per l'evoluzione, pei sintomi, per le lesioni istologiche e per le alterazioni chimiche.

Gli A.A. ne studiarono la precocità e frequenza e il valore dei metodi curativi, caratteristica è la riduzione anormale dell'ampiezza delle oscillazioni a carico dell'arto, stabilita coll'oscillometro di Pachon, con inversione dei valori tra arti superiori ed inferiori; tali manifestazioni si hanno in 1/3 dei diabetici; non si modificano col bagno a 42° dell'arto, perchè sono dovute ad alterazioni della parete arteriosa. A differenza delle altre affezioni arteriose obliteranti (claudicazione intermittente, gangrena senile, malattia Leo-Buerger) nei diabetici la riduzione d'ampiezza delle oscillazioni è l'unico segno, anche in assenza di dolori o di altri disturbi agli arti.

Col progredire delle alterazioni della parete arteriosa scompare la pulsazione della pedidia, mentre non scompare quella della femorale, poichè negli individui diabetici le lesioni si iniziano dalla periferia. Tali lesioni si verificano specie negli infermi nei quali il diabete è latente, o a decorso lento.

Radiograficamente nelle arteriti diabetiche i vasi sono visibili; negativa è la radiografia delle arterie nella malattia di Leo-Buerger, nella claudicazione intermittente monosintomatica; eccezionalmente positiva nei nefritici ed ipertesi; è positiva anche nella gangrena senile.

La sifilide non ha alcuna influenza speciale nel determinare la lesione arteriosa nei diabetici. Altrettanto può dirsi della razza, del sesso e del tabagismo.

I sintomi e l'evoluzione delle arteriti diabetiche sono molto variabili. Raramente si ha gangrena massiva fin dal principio; d'ordinario evolve in 2 stadii. Si hanno dolori vivissimi; comparsa di fenomeni infettivi; trasformazione della gangrena secca in umida.

Si hanno modificazioni del componenti chimici del sangue: la calcemia non è constantemente variata; la colesterinemia dà valori aumentati di 2-3 mmg. al disopra del normale. Così pure si ha aumento (7-8 mmgr.) della colesterina nella parete vasale ispessita; in questa proporzionatamente aumento anche del calcio (fino a 64 mmgr.).

Nelle arteriti diabetiche l'aorta è intatta o poco alterata; lesioni a tendenza obliterante a carico delle arterie del segmento distale degli arti; assenza di trombosi; il lume arterioso si oblitera per progressivo processo endoarteritico; lesioni predominanti a carico dell'intima vasale, ispessita con depositi di lipoidi, specie della colesterina. Nella media qua e là zone di sclerosi, piccoli focolai infiammatorii, depositi di sali di calcio. L'avventizia vasale è normale, senza alterazione dei vasa vasorum. Non lesioni delle pareti venose.

In rapporto alla terapia gli AA. danno sommo valore al regime alimentare, ed alla somministrazione di insulina, la quale ha grande importanza per combattere l'ipercolesterinemia; a questa attribuiscono grande importanza per la patogenesi delle alterazioni vasali arteriose; ad essa legano in gran parte anche il deposito di sali di calcio nella media vasale.

JURA.

Embolie arteriose dell'arto inferiore.

(E. PERMAN. *Acta Chir. Scand.*, vol. LXI, fasc. V-VI).

A una certa determinata estensione dei disturbi circolatori non corrisponde sempre una invariabile localizzazione d'un embolo. Nei differenti casi, una stessa localizzazione può essere causa di sintomi estremamente diversi Questa diversità della sintomatologia dipende molto spesso dall'ineguale sviluppo dei vasi per i quali si stabilisce una circolazione collaterale. Questo è particolarmente vero in quei casi nei quali non si ha la formazione di una trombosi secondaria. Così per l'embolia della biforcazione aortica nei 42 casi di Hesse citati dall'A. si ebbe in 10 casi una gangrena negli arti inferiori fino alla coscia e in 7 casi nessun disturbo nella circolazione degli arti inferiori. Le stesse diversità di comportamento sono state osservate per emboli fissatisi alle biforcazioni dell'iliaca comune, della femorale comune e della poplitea.

Nel segmento prossimale della coscia esistono importanti comunicazioni fra i rami dell'arteria ipogastrica e della femorale profonda. Specialmente importanti sono le anastomosi che esistono nello spessore del muscolo grande gluteo fra la glutea inferiore e la circonflessa esterna. L'A. ha potuto dimostrare tali anastomosi anche con ricerche radiologiche. Nella parte distale della coscia esistono comunicazioni fra il sistema della femorale profonda e quello della femorale propria. Anche in questo caso la rete anastomotica è data da rami muscolari.

In caso di occlusione della poplitea le possibilità di una circolazione collaterale sono date

tanto dal sistema arterioso periarticolare del ginocchio, quanto da quello della muscolatura del polpaccio, grazie alle anastonosi che esistono nella muscolatura di questa parte della gamba fra le arterie surali e i rami della tibiale posteriore. L'A. perciò attribuisce grande importanza per la circolazione collaterale alla conservazione di questi rami muscolari, quando si interviene per scoprire l'arteria poplitea nel suo punto di biforcazione. E consiglia perciò di distaccare il capo interno del gastrochemio anzichè dividere questo muscolo sulla sua linea mediana. L'A. dà anche una dimostrazione radiologica di queste anastomosi, che in alcuni casi possono essere molto sviluppate.

L'A. riferisce inoltre due casi da lui operati. In uno, una donna all'8° mese di gravidanza con un embolo alla biforcazione dell'aorta, non fu possibile ristabilire la circolazione. Nell'altro nel quale l'embolo si era fermato alla biforcazione dell'a. femorale comune il corso normale del sangue fu ripristinato.

MANFREDO ASCOLI.

TISIOLOGIA.

L'influenza delle nuove contaminazioni morbose sopra la evoluzione di una tubercolosi acquisita anteriormente.

(SERGENT e TURPIN. *Archivos de med., cir. y espec.*, n. 25, 1927).

Le domande che si pongono i due AA. sono: fino a qual punto possono influire queste nuove contaminazioni morbose sopra la evoluzione di una tubercolosi preesistente? Quale è la loro partecipazione nello sviluppo e nel polimorfismo delle sue modalità cliniche?

Non parliamo dell'importanza dell'alimentazione e salubrità del domicilio.

Interessanti sono i dati relativi alle carenze alimentari: non sembra ben dimostrato il ruolo delle malattie da carenza propriamente detta: beriberi, scorbuto, pellagra, xeroftalmia. Le malattie da carenza non hanno maggiore importanza dei disturbi sociali nel corso dei quali si incontrano realizzate le carenze globali e le carenze collettive: le curve di morbilità e mortalità per tubercolosi nel periodo bellico nella Germania e comparativamente quello delle regioni francesi occupate, sono dimostrative.

Nelle cavie Mouriquand ha studiato la carenza del fattore C, non sembra che di fronte alla tubercolinizzazione una cavia in carenza sia più sensibile della testimone.

Per quel che riguarda le professioni: la inalazione di silice favorisce la tubercolosi nei minatori; Gye e Kettle suppongono per l'azione necrosante esercitata sopra le cellule e i disturbi linfatici polmonari determinati. Alcoolismo e tubercolosi marciano insieme connessi con grande frequenza.

Lungo sarebbe considerare dettagliatamente le infermità intercorrenti: Landouzy richiama l'attenzione sulla frequenza della tubercolosi in infermi portatori di cicatrici vaiolose. Non ci fermiamo sull'importanza del morbillo, grippe, pertosse, difterite.

Abbenchè non possa ammettersi l'antagonismo infezione ebertiana-tubercolosi l'influenza del tifo è poco dimostrata.

Su 181 autopsie di polmonitici Menetrier ha osservato 31 volte la coesistenza di lesioni tubercolari in evoluzione.

Al contrario molte sono le malattie infettive anergizzanti per le quali l'organismo indebolito non resiste al rifiorire di un focolaio latente.

Note sono le relazioni fra sifilide e tubercolosi: la sifilide secondaria in un tubercoloso esercita sopra questa l'influsso favorevole di una malattia anergizzante: però quando la sifilide si è impiantata da molto tempo nell'organismo bacillifero, sembra imprimere al processo un andamento torpido, sclerosante.

Interessanti sono i rapporti leucemia-tubercolosi. I leucemici invasi dal bacillo sembrano paralizzati nelle loro difese organiche e la tubercolosi prende una estensione rapida. Sembra che i tessuti modificati dalla leucemia siano pel bacillo un mezzo di cultura elettivo.

Lo stesso sembra avvenire pel cancro in opposizione all'antagonismo ammesso dal Rokitansky: un topo bacillifero non subisce modificazioni da un processo neoplastico, le cellule tumorali non presentano affinità per i bacilli, però i bacilli iniettati in un topo canceroso si sviluppano come in un mezzo di cultura. Dunque esistono terreni fisiologici elettivi non solo ma anche terreni patologici elettivi. I caratteri anatomici o clinici di una tubercolosi preesistente possono esser modificati da tossinfezioni sopraggiunte anche senza una reinfezione eterogena che portano alla rottura dell'equilibrio instabile esistente fra gli effetti della infezione bacillare e le resistenze organiche.

In esso hanno importanza anche particolari visceri: l'ovaio, la tiroide (è nota la resistenza alla tubercolosi dei gozzuti, ipotiroidei, mixedematosi), il fegato (epatiti alcooliche). Il loro intervento si esplica a mezzo del metabolismo delle varie sostanze: per la colesterina si è cercato di dimostrare il suo compito antitossico e la sua azione favorizzante i processi di immunizzazione: l'ipocolesterinemia delle donne dopo il parto, coinci-

derebbe quasi sempre con un processo molto evolutivo. La cosa sarebbe confermata dai rapporti esistenti fra colesterina del sangue e cutireazione (Salomòn-De Potter).

Secondo Calmette, Massol e Guérin non è la colesterina da studiare, ma la lecitina: infatti il siero di cavallo, cane, capra poco sensibile al bacillo tubercoloso è sempre molto lecitinifero al contrario del siero dell'uomo e cavia.

Conclusioni più affermative non permette lo studio del metabolismo del calcio: esistono discordanze fra i fatti clinici e sperimentali: dalle ricerche di Robin sulla demineralizzazione organica globale dei tubercolosi si è giunti a risultati quasi sempre negativi con le tecniche più recenti: sembra che la decalcificazione non esista, non si ha ipocalcemia nei tubercolosi e che la proporzione del calcio sanguigno non può esser modificata dalle ingestioni di calcio prescritte, così come non sembra che esistano relazioni fra proporzione di calcio dei tessuti tubercolari ed evoluzione della malattia: la presenza di calcio nei tessuti cicatriziali è un fatto troppo banale, come a tutti i tessuti necrosati. D'altra parte bisogna riconoscere che aumentando la proporzione del calcio nell'organismo si ha una inibizione frequente dell'evoluzione tubercolare.

Per quello che riguarda l'equilibrio acido-base, ricordiamo che Delore studiando tale costante fisiologica segnala che il bacillo di Koch sembra non poter esser fagocitato che in un mezzo neutro o leggermente alcalino e che ogni causa che porta ad acidificazione del mezzo favorisce la evoluzione bacillare. Non interviene forse questo elemento nei diabetici per imprimere alla tubercolosi la ben nota particolare evoluzione?

MONTELEONE

Sul tessuto connettivo nella tubercolosi polmonare.

(A. SECA. *Riv. Pat. e Clin. d. Tubercolosi*, f. V, sett. 1927).

Sui processi di connettivizzazione polmonare nella tubercolosi, vi sono due indirizzi, rappresentati dalle due scuole: tedesca e francese.

La prima fa capo ad Aschoff, secondo cui la cicatrizzazione polmonare può essere duplice: specifica e non specifica, a seconda che il processo conserva le caratteristiche del tessuto tubercolare su cui s'impianta, oppure in un ulteriore sviluppo del processo cicatriziale, assume i caratteri del tessuto non specifico. Il primo si presenta con una metamorfosi jalino-fibrosa del tubercolo, ed è costituita da un sistema di fasci e di fibre, originatesi dalle cellule epitelioidi; a questo segue o si accompagna il tessuto non specifico, costituito da un tessuto connettivale a struttura fibrillare. Questo tessuto presto piglia la prevalenza sull'altro, in modo da sostituirlo.

Rüscher afferma che i processi di connettivizzazione non si arrestano in vicinanza del tubercolo, ma lo invadono modificandolo in un nodulo fibroso.

La divisione del tessuto cicatriziale in due specie, secondo la scuola tedesca, non è accettata dalla scuola francese.

Letulle divide le sclerosi polmonari in sclerosi insulari e lobari, ed in rapporto all'istogenesi, in sclerosi atrofiche o mutilanti, ed in sclerosi iperplastiche o sistematizzate.

Le prime sono costituite da una intelaiatura di aspetto jalino poco vascolarizzata; le seconde da un tessuto connettivo vascolare neoformato. A loro volta questi due sottogruppi comprendono: la 1ª le bronchiectasie e l'enfisema polmonare; la 2ª le sclerosi intralobulari ed extralobulari.

Tali classifiche non sono accettate da tutti gli autori; il Sega porta un contributo personale al problema.

In rapporto alle lesioni polmonari fa due osservazioni importanti: 1ª accanto ad alterazioni a tipo produttivo, macroscopicamente se ne notano altre a tipo essudativo; 2ª la prevalenza del tipo sclerotico (25 %) su quello fibro-caseoso od essudativo (8 %).

I tipi di connettivizzazione fondamentali, secondo il Sega, sono:

1) sclerosi densa serrata con abbondante vascolarizzazione;

2) fibrosi nodulare;

3) fibrosi anulare.

I *Tipo*: è caratterizzato da un tessuto connettivale omogeneo quasi, costituito da fasci di grosse fibre intrecciate, fra cui si nota una importante neoformazione vasale, con alterazioni delle pareti dei vasi preesistenti, tali da costituire il quadro della peri-meso-arterite. Anche le fibre elastiche partecipano al processo di natura infiammatoria e proliferativa.

Questo tipo è stato sopratutto osservato intorno alle piccole diramazioni peribronchiali; però anche la pleura può essere presa da questo processo di cicatrizzazione. Questo tipo ha caratteristiche analoghe a quello non specifico dei tedeschi e alla sclerosi atrofica mutilante dei francesi.

II *Tipo*: le fibre connettivali sono avvolte a guisa di gomitolo o nodo, a spire più o meno ravvicinate. I nodi sono isolati o riuniti, e taluni contengono tra le spire dei fasci dei residui di tessuto caseoso.

III *Tipo*: Il tessuto connettivo a struttura fi-

brillare, a forma anulare, circonda i focolai essudativi di zone di pneumonite caseosa.

Talune fibre inviano tramezzi nell'interno del tessuto caseoso, in modo da incistarlo e strozzarlo.

I tre tipi descritti spesso si alternano o si associano nelle varie zone polmonari, specie i due ultimi tipi, in modo da stabilire dei rapporti fra essi.

Per ricostruire il processo di cicatrizzazione, nella pneumonite caseosa con tendenza alla cicatrizzazione, questa si inizierebbe col tipo di fibrosi anulare; i fasci di fibre invadendo gradatamente le zone di caseosi, lo trasformerebbero nel tipo nodulare; si giungerebbe in seguito alla sclerosi serrata, molto vascolarizzata del I tipo.

CARUSI.

Tubercolosi basale.

(KENNON DUNHAM e V. V. NORTON. *Journ. A. M. A.*, 5 nov. 1927).

Col nome di tubercolosi basale viene indicata una lesione polmonare tubercolare che si insedia in una delle basi, prima che l'uno o l'altro apice sia attaccato. Questa forma differisce dalla apicale non solo per la sua localizzazione ma anche per il decorso clinico e per l'anatomia patologica.

La tubercolosi apicale fibrosa può, evolvendo, dare origine per aspirazione a bronco-polmonite caseosa della base; ma questa è assai differente dalla tubercolosi che primitivamente aggredisce le basi. Qui le lesioni hanno la loro origine in bacilli portati dal sangue o sono il risultato di qualche infezione massiva a traverso le vie respiratorie. Nel sangue i bacilli sono versati da altre lesioni tubercolari preesistenti (ghiandolari, ossee, articolari, urinarie, ecc.) non sempre clinicamente apprezzabili, ma che il clinico dovrebbe in ogni caso con cura ricercare.

Anatomicamente parlando, l'escavazione è la lesione tipica nella tubercolosi della base; clinicamente il decorso è rapido e per lo più fatale.

È stato frequentemente ripetuto che la tubercolosi basale è così rara negli adulti, che agli effetti pratici, essa quasi non esiste. Gli AA. riprovano ambo le asserzioni fatte prima dell'era radiologica. Essi nel Sanatorio di Cincinnati hanno avuto campo di osservare ben sessanta casi di questa forma nello spazio di due anni. La tubercolosi basale è loro apparsa come un tipo molto virulento di infezione più frequente nei negri; nella quale razza è pressochè uniformemente mortale, ma non rara nei bianchi.

Nei malati da loro curati riscontrarono due forme cliniche: una acuta con febbre elevata, simulante la polmonite; l'altra a decorso insidioso, più somigliante alla consueta forma apicale, ma con decorso più rapido.

La diagnosi etiologica è difficile a farsi se ci si basa sulla storia, sull'esame fisico e radiologico: quello che è di somma importanza è l'espettorato positivo, la inoculazione positiva ed i sussidi che vengono dalle altre prove di laboratorio.

È opinione degli AA. che il tipo basale sia una parte di una tubercolosi generalizzata. L'anatomia patologica e la patogenesi di queste lesioni richiedono ulteriori ricerche, onde determinare se esse sono sempre associate con lesioni in altre parti del corpo. Se ciò fosse se ne potrebbe senz'altro concludere per una tubercolosi generalizzata.

Questo fatto avrebbe grande importanza pratica: di fronte a piccole lesioni di questo tipo proteggere il malato con adatto e prolungato trattamento e se stessi con una prognosi assai riservata!

VICENTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

E. MARCHIAFAVA. *La Perniciosità nella malaria.* Luigi Pozzi editore, Roma, 1928. Prezzo L. 12.

Il capitolo della perniciosità nella malaria è frutto della feconda opera di studiosi italiani: furono dettate in Italia, in tempi remoti, la Clinica e la Terapia; a Roma, e specialmente per opera di E. Marchiafava e della sua scuola, è stata rivelata la etiopatogenesi e fissata l'anatomia patologica.

La malaria perniciosa, ridotta oramai a casi sporadici anche nelle zone di malaria grave in Italia, se ha, per fortuna, perduto gran parte della sua importanza sociale, mantiene però ancora il suo grande interesse biologico e il suo alto valore pratico. Ogni anno chi conosce la malaria può salvare delle vite umane, e non la vita di soggetti deboli e defedati, ma giovani vite di soggetti vigorosi, minacciati dalla fulminea aggressione dell'infezione: chi scrive sulla perniciosità non fa opera storica, ma fatto di alto valore pratico ed umanitario.

E. Marchiafava, esempio di attività inesauribile, espone in questo prezioso volumetto, che viene ad arricchire la collana monografica del Pozzi, le conoscenze antiche e moderne in tema di perniciosità nella malaria. Non scrive il compilatore, che raccoglie per i giovani nozioni accumulate e armonizzate, ma l'Autore, che un non piccolo contributo ha dato alla conoscenza del problema special-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

mente etiopatogenetico e anatomopatologico: nel volume è il profumo dell'originalità, per quanto la materia sembri invecchiata e consumata dal tempo. È l'Autore che mirabilmente riassume le conoscenze antiche e discute i contributi moderni con quella competenza che lo autorizza a rifiutare o correggere i contributi moderni non sempre esaurienti. Opera quindi originale, rinnovata da una critica agile di giovanile vivacità.

L'A., sostenitore della pluralità delle specie dei parassiti malarici, riafferma il concetto che il solo *pl. praecox* è l'agente della perniciosità; sostenitore della vita intraglobulare del parassita, ne considera la morfologia, lo sviluppo, il ciclo evolutivo; sostenitore delle proprietà tossiche e non flogogene del parassita, nella tossicità e nel blocco vasale, compendia il determinismo della perniciosità. Le forme cliniche sono richiamate alla memoria del lettore con parca e precisa incisione, come con rapidi tocchi sono scolpite le alterazioni anatomopatologiche e le linee direttive della profilassi e della cura.

Il volumetto ha origine in una conferenza che il prof. Marchiafava ha tenuto nella Scuola Superiore di Malariologia per invito del direttore professor Ascoli. I medici pratici, gli studenti, gli antichi allievi saranno grati all'A. che si è sobbarcato alla fatica del conciso scritto; gli uni impareranno, gli altri risentiranno la parola del maestro indimenticabile; saranno grati all'editore, che in veste tipografica ottima, con nitide figure, ha offerto un vero gioiello ai lettori italiani.

T. PONTANO.

FERRANNINI L. *Manuale di Semeiologia medica fisica e funzionale.* Vol. di pag. XII-774, con 371 fig. intercalate nel testo ed 1 tavola a colori. 5ª ediz. Idelson, Napoli, 1928. L. 65.

Un libro giunto alla 5ª edizione non ha certo bisogno di essere presentato e tanto meno elogiato. Il volume tratta dapprima il modo di raccogliere la storia clinica, passando poi alla semeiologia dei singoli apparecchi, del ricambio materiale, delle ghiandole endocrine, del sangue, del sistema nervoso della vita vegetativa (simpatico, autonomo) e di quello di relazione.

Molto opportunamente l'A. è venuto eliminando nelle edizioni che si sono succedute tutto quanto poteva riuscire di non facile utilizzazione nella pratica corrente, lasciando invece ed aggiornando sempre più tutto quanto è necessario per il rilievo dei sintomi, atti a condurre ad una buona diagnosi.

E poichè il rilievo fisico deve essere corredato dall'esame funzionale, anche per i metodi d'indagine l'A. è completo non solo, chè anzi dopo aver descritto quelli classici ed usuali, ne indica altri, ai quali può ricorrere lo stesso medico pratico, quando voglia fare a meno dello specialista.

Completano il volume un accurato indice analitico, numerose figure in nero nel testo ed una tavola a colori sugli elementi morfologici del sangue.

A. P.

M. T. SCHNIRER. *Taschenbuch der Therapie.* Un vol. in-16° di 532 pag. A. Barth ed. Leipzig 1928. Prezzo M. 4,40.

Il volumetto, dal formato tascabile, contiene le novità terapeutiche dell'anno, un vademecum terapeutico, dove, accanto ai cenni diagnostici di ogni sindrome morbosa si hanno le indicazioni terapeutiche, un elenco dei più importanti rimedi (ivi comprese le specialità), le tecniche terapeutiche, i soccorsi d'urgenza e moltissimi altri dati importanti di uso giornaliero per il medico a cui questo volumetto riuscirà assai comodo ed utile.

fil.

P. TORELLI. *Le dosi dei medicamenti nella terapia dei bambini e dei fanciulli.* Un vol. in -16° di 109 pag. rilegato. U. Hoepli ed. Milano, 1928. Prezzo L. 10.

L'A. ha raccolto, in forma di tabelle le norme posologiche per la somministrazione dei medicinali nei bambini, distinte per cinque gruppi di età, fino ai 15 anni. Vi aggiunge un formulario di una sessantina di ricette ed alcune notizie molto sommarie sull'alimentazione del bambino, quattro ricette di alimenti liquidi e due tabelle sulla dentizione e sul peso dei bambini, incorrendo nell'errore di dare, per questo, valori troppo alti (4 kg. alla nascita, 12 al primo anno); da ultimo qualche nozione sulla idroterapia e sugli avvelenamenti. Circa un terzo del volume consta di fogli bianchi per le eventuali aggiunte.

Il formulario è comodo per il medico pratico, l'elenco delle dosi dei medicamenti può essere utile, sebbene il frazionamento risulti eccessivo per la pratica corrente.

fil.

A. ZIMMER. *Orale Reiztherapie.* Un vol. in -8° di 107 pag. W. Vogel ed. Leipzig. Prezzo M. 5.

Sotto il titolo un po' misterioso di terapia eccitatrice orale si nasconde l'omeopatia, a cui il Bier si è da qualche tempo convertito.

L'A., che appartiene all'Istituto chirurgico diretto dal Bier, espone le idee del maestro, confortandole con i risultati delle osservazioni cliniche e delle ricerche sperimentali, riconoscendo che siamo ancora agli inizi e che soltanto gli ulteriori risultati potranno portare a confermare in più larga misura le osservazioni degli omeopati.

fil.

E. RONZANI. *Gli Istituti Ospitalieri di Milano negli anni 1922-1926.* Un vol. in-4° di 354 pag. Arti grafiche. Monza, 1928.

Il prof. Ronzani, medico Direttore degli Istituti ospitalieri di Milano, fa in questo volume la relazione sanitaria degli anni 1922-1926, accennando alla costruzione del nuovo ospedale, all'apertura di nuovi ospedali e riparti, agli insegnamenti di medicina pratica svolti da questo importante nosocomio ed ai diversi servizi di esso, fra cui notevole quello del pronto soccorso, dove nel 1925 sono state fra l'altro, praticate 256 laparatomie e curate 1259 fratture.

Seguono poi le statistiche, di grande interesse per lo studioso, avendosi anche la classificazione degli infermi per professione e le statistiche speciali sulla febbre tifoide e sui tumori. Paziente opera che, per la cospicua mole dei dati raccolti e per la sicura fonte di essi, fornisce preziosi materiali di studio. *fil.*

L'Asilo Giuseppe Tropeano, Istituto di Medicina Sociale, nell'ottavo anno di fondazione. Un vol. in-8° di pag. 310 con 70 fotografie. Napoli, Arti Grafiche G. Borrelli e figlio, 1928.

Un uomo di fede e d'azione, Giuseppe Tropeano, ha dotato Napoli del magnifico Asilo che tutti conosciamo, almeno di fama; esso sorge presso Posillipo, su di un'area di 50,000 mq., consta di una ventina di edifizi ed ospita ormai più di 500 ragazzi abbandonati, che vengono educati e istruiti in una ventina di scuole elementari e una dozzina di scuole professionali; il bilancio supera un milione di lire l'anno. Bastano questi elementi a dare un'idea concreta dell'istituzione.

Il fondatore ha voluto ora raccogliere in volume la documentazione concernente la sua benefica iniziativa, per la quale gli va un plauso pieno e incondizionato. O. F.

Dott. ESCHILO DELLA SETA. *Che cosa è la Tubercolosi?* Un opuscolo di 32 pag. con 16 illustrazioni. Editrice « Salute ed Igiene ». Roma. Prezzo L. 1,50.

ID. *Schema di conferenza di propaganda per la lotta contro la tubercolosi.* Ibidem. Prezzo L. 3.

Il primo è un buon opuscolo di propaganda antitubercolare, arrivato alla sua terza edizione. Esso, in forma chiara e convincente espone i punti più salienti dell'importante argomento, mentre le figure molto dimostrative illustrano in modo evidente alcuni dei punti più significativi del testo, atto a combattere vieti pregiudizi ed a dare i migliori consigli sull'igiene, la prevenzione, i primi sintomi d'allarme, la curabilità, ecc.

Nel secondo, il dott. Della Seta offre ai medici uno schema di conferenze sulla tubercolosi, in cui sono svolti i principali argomenti da toccare, in modo che il conferenziere possa, a seconda dell'ambiente e dell'uditorio, diffondersi maggiormente su l'uno o l'altro dei capitoli trattati. L'opuscolo sarà molto apprezzato da chi conosce a prova la difficoltà di fare delle buone conferenze di propaganda.

In appendice è riportato un elenco di libri da consultare per un più ampio svolgimento della conferenza ed è indicato il materiale di propaganda della stessa Federazione, consistente in istruzioni, foglietti, targhe, cartoline, pellicole cinematografiche, ecc.

Segnaliamo queste due buone pubblicazioni ai nostri lettori, ai quali saranno molto utili, sia per diffonderle fra i profani, sia per le conferenze da tenersi per la Festa del Fiore ed, in generale per la propaganda, tanto più necessaria ora, in questo fervore di lotta antitubercolare che anima l'Italia. *fil.*

E. LAHMANN. *La medicina naturale contro la piaga sociale delle autointossicazioni.* Un vol. in-8° di 186 pag. con 4 tav. Sperling e Kupfer ed., Milano. Prezzo L. 12,50.

Vengono pubblicate in questo volume due monografie del dott. Lahmann che hanno, a detta dei traduttori, in comune il carattere innovatorio nei vari metodi della medicina. Nella prima si considera l'acido carbonico nel corpo umano come causa principale e più diffusa di malattia e si consigliano i modi di opporsi a tale carbonacidosi, specialmente per mezzo del bagno d'aria.

La seconda monografia riguarda la pressione atmosferica come concausa di malattia, studiandone il meccanismo di azione e riportando un'abbondante casistica di disturbi in rapporto ad alcuni periodi barometrici critici e dettando adatte norme profilattiche.

Da ultimo un caldo appello contro la medicina ufficiale ed una invocazione alla libertà di cura, in omaggio alla quale dovrebbero tenersi in considerazione anche metodi di cura popolari, fra cui la così detta Biochimica, l'Omeopatia, la cura naturale ed altre del genere. C'è posto per tutti a questo mondo ed ogni fede ha i suoi seguaci! *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

V Congresso Internazionale delle Dottoresse in Medicina e Chirurgia.

Come annunciammo, nei giorni 11-15 aprile fu tenuto a Bologna il Congresso dell'Associazione internazionale dottoresse in Medicina e Chirurgia, organizzato dalla presidente dell'Associazione Nazionale e da un Comitato ordinatore locale, sotto l'alto Patronato di S. M. la Regina e la Presidenza onoraria di Benito Mussolini e di Turati e che aveva a presidente la dott. Giorgi e V. Presidenti le dott. Cantalamessa e Barbasetti, assistita dalla delegata dei Fasci femminili bolognesi.

Facevano parte del Comitato d'onore tutte le personalità più spiccate di Bologna, della scienza, della politica, delle istituzioni civili ed ecclesiastiche.

Sede di congresso l'Archiginnasio, locale per le sedute la storica sala anatomica: alla inaugurazione solenne il saluto alle congressiste fu portato dal prefetto Guadagnini, rappresentante il Governo Nazionale, dal vice-podestà avv. Carranti, dal prof. Viola per il Rettore magnifico, dalla dott. Giorgi, per il Comitato ordinatore, dalla prof. Carcupino Ferrari, per le dottoresse italiane.

Rispose lady Barrett, presidente dell'Ass. Internazionale, assistita da una interprete. Erano rappresentate 24 Nazioni e dottoresse erano giunte in verità da ogni parte del mondo, dall'America, dalla Nuova Zelanda, dalla Germania, Austria, Francia, Inghilterra, Turchia, Spagna, Jugoslavia, Svezia, Norvegia, Polonia, Svizzera, Danimarca, India inglese, ecc. Lingue ufficiali, l'italiano, il francese, l'inglese, il tedesco: qualche interprete, non molti, perchè le colleghe si dimostrarono per la maggior parte conoscitrici di diversi idiomi, e le straniere vollero dare prova di ben conoscere la nostra lingua.

I temi all'ordine del giorno erano: Assistenza alla infanzia e maternità nei diversi Paesi: le malattie oculari nella medicina generale.

Diamo alcuni nomi: Selma Mayer di Dusseldorf per la Germania, Dora Teleky per l'Austria, e, pure austriache la Beker e Precksch, mad. Eyraud-Deshaud per la Francia, con mad. Noël, Miss Ivens, Wilson, Martindal, Robertson ed altre dieci colleghe per l'Inghilterra, dott. Benson per l'India britannica, dott. Bang, per la Norvegia, Feller, per la Svizzera, Salen per la Svezia, Zand per la Polonia, Elsie Schnabel (Svizzera tedesca), Erda Uddgren (Svezia), Wanda Szczawinska, dott. Lipinska (una dott. polacca cieca, che si occupa di giornalismo medico ed è autrice di una storia delle dottoresse), mad. Voegels di Lipsia, dott. Wutchetsch, per la Jugoslavia, Safiez Ali, per la Turchia, Elisa Soriano per la Spagna, Robbins, per gli Stati Uniti, ecc.

Delle italiane erano presenti: Carcupino Ferrari (Salsomaggiore), Giudici (Taranto), Borrino (Sassari), Gardella (Piacenza) Daddi, Pecchioli (Firenze), Levi, Coda (Torino), Boccadoro (Lodi), Marinucci (Napoli), De Paoli (Venezia) (che approfittò per esporre belle fotografie dell'Ospizio marino di Venezia), Lollini (S. Margherita Ligure), Predari, Aletti, Lurà di Mantova, Corbi, Pisani, Vecchi, Corvini (Roma), Kobilinsky (Genova), Marconi (Padova), Del Vigo (Lucca), Zambra (Trento), Casagrandi (Padova) e tutto l'eletto stuolo delle bolognesi, Giorgi, Zambianchi, Cantalamessa, Fini, Rosso, Giacomini, Minghini, Verdelli, Viola, ecc.

Molte, impossibilitate ad intervenire, mandarono adesioni per lettera e telegrafiche. Relatrici per l'Italia erano la Borrino e la Fini per il primo tema, la dott. Candian di Parma, per il II: presentarono lavori attinenti ai temi la Centanni di Modena, Barbasetti, Cantalamessa, Montanari, Levi, Zambra, Casagrandi, Corbini, Pecchioli, Caciagli, Orioli. In complesso molti furono i lavori, e accurati: sappiamo che gli *Atti del Congresso* usciranno al più presto, e ci riserviamo di farne cenno a suo tempo.

Le conclusioni, dopo le diverse relazioni in cui le chiare relatrici italiane (FINI: *Assistenza prima della legge del 1925;* BORRINO: *La legge del 1925*) non risparmiarono le manifestazioni di consenso con l'opera innovatrice del Governo fascista, portarono ad un ordine del giorno BORRINO-FINI:

« Il Congresso Internazionale Dottoresse in Medicina e Chirurgia, riunito a Bologna, udite le relazioni delle delegate delle diverse Nazioni, considerati i provvedimenti presi e in via di attuazione da ogni Nazione nei riguardi della donna e del bambino pe il miglioramento delle razze, rallegrandosi come medici e come donne delle tante leggi benefiche, fanno voti, perchè le donne sieno chiamate a queste opere di maternità sociale e sovratutto si augurano che le donne vi partecipino in grande numero con cuore ed intelligenza e prime le dottoresse diano la loro attività quali medici specialisti nelle maternità, negli ospedali dei bambini, nelle consultazioni ostetriche e pediatriche, negli istituti di educazione, poichè ovunque dove le donne soffrono e i fanciulli abbiano bisogno di aiuto, materiale e morale, là è il posto della donna medico ».

Per quanto riguarda la nuova legislazione italiana, la prof. BORRINO ha notato una sola deficienza, la persistente mancanza di un articolo che assegni la sua parte di responsabilità all'*altro coniuge* e dopo l'assenso di altre che interloquirono, venne proposto ed approvato il seguente ordine del giorno Pecchioli:

« Le Dottoresse Italiane, riunite a Bologna per il V Congresso dell'Associazione Internazionale dottoresse in medicina e chirurgia, plaudendo alla nuova legislazione (dicembre 1925), auspicandone la completa attuazione pratica, fanno voti che anche in Italia si venga alla ricerca giuridica di entrambi i genitori, perchè entrambi egualmente responsabili verso il figlio, entrambi

egualmente obbligati al suo mantenimento ed alla sua educazione ».

Un altro ordine del giorno venne proposto dalla dott.ssa EYRAND DECHAUD, e fu approvato:

« Il Congresso internazionale dottoresse in medicina e chirurgia, riunito a Bologna, fa voto perchè in tutte le Nazioni sorga una legge unica che rigorosamente vieti l'accattonaggio dei bambini e punisca severamente l'adulto che se ne rende responsabile, anche se genitore ».

Per tutto ciò che di solito completa e fa festosi questi amichevoli incontri, fu vivo lo scambio di cortesie: le italiane offrirono un ricevimento alle straniere nei sontuosi locali del Circolo della stampa: le straniere restituirono la sera dopo, ricevendo le italiane negli artistici saloni dell'Hôtel Brunn. Il Municipio invitò tutte le congressiste con larghissimi inviti ad Autorità ed a cittadini illustri, a Palazzo d'Accursio, nella severa sala che ricorda il martirio di Giordani. Alla Casa del Fascio poi ebbe luogo un sontuoso banchetto, con l'intervento anche della sig. Moretti, suprema gerarca dei Fasci femminili espressamente inviata a portare il saluto del Governo di Roma, alla chiusura dei lavori del Congresso. Profondo significato ebbero due superbe corone di fiori, deposte nella Cappella dei Martiri Fascisti dalle due Associazioni Dottoresse.

Visite di istruzione furono fatte ai principali Istituti di cura della Città: l'Ospedale Gozzadini, il Rizzoli, l'Ospedale Mussolini, Villa Bianca, Casaglia, l'Ospedale Oftalmico, l'Istituto profilattico Cassoli Guastavillani, e l'Ospizio Murri di Rimini, dove le congressiste convennero dopo la visita a Ravenna alla tomba del Poeta.

Altissimo sempre il tono di amore per la bella patria nostra e di deferenza al regime, tanto da parte delle straniere che delle italiane, nei discorsi pronunciati dall'inizio alla chiusura dei lavori, e nelle sedute intermedie che ebbero la dolorosa coincidenza del nefando delitto di Milano. E così i telegrammi inviati a S. M. la Regina, alta Patrona dei Congressi, al Duce, ad Augusto Turati.

L'Associazione Nazionale tenne anche due sedute speciali per la propria amministrazione interna e per l'assegnazione della IV Borsa di studio Wassermann, che quest'anno doveva essere assegnata ad una specializzata in ostetricia e ginecologia: la scelta cadde sulla dott.ssa Corbi della Clinica di Roma.

Alfonso Wassermann, il compianto industriale milanese, fu degnamente commemorato dalla presidente, ed un telegramma fu inviato al figlio dott. Antonio, a Milano.

Le elezioni per il nuovo Consiglio dell'Associazione determinarono una appassionata discussione per la grande importanza che essa assumerà per la organizzazione interna e per i rapporti che dovrà tenere con l'estero: sì che si è addivenuto a dare alla presidente dott.ssa prof.ssa Carcupino Ferrari, eletta ancora all'unanimità, la carica di Commissaria in attesa della costituzione definitiva del Consiglio, che avverrà dopo la formazione di gruppi regionali, che fu molte volte richiesta.

Non possiamo che vivamente congratularci per la bella prova di vitalità data dalle colleghe italiane e per la indiscutibile affermazione italiana e internazionale della moderna intellettualità femminile, austera e gentile.

A. P.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 28 aprile 1928.

Presidente: Prof. R. ALESSANDRI.

Presenza eccezionale di etero-agglutinine e di eteroemolisine ad alto titolo nei sieri umani. Origine e significato.

PONTANO Prof. T. — Dopo aver richiamato la nozione corrente che nei sieri di diverse specie animali esistono anticorpi naturali agglutinanti ed emolizzanti verso globuli rossi di diverse provenienze, l'O. comunica di aver osservato, durante l'esecuzione della R. di Wassermann, dei sieri umani i quali avevano il potere di agglutinare fortemente i globuli rossi di montone aggiunti con il sistema emolitico, così da non permettere la lettura della reazione stessa.

Questi sieri, in numero di sei, appartenevano a soggetti gonococcici. L'O. aggiunge che tale reazione non era permanente, ma transitoria, e che non costituisce un fatto generale perchè molti sieri di gonococcici non la danno.

Basandosi su argomenti di varia indole e sopra osservazioni sperimentali, l'O. inclina a credere che la presenza di emoagglutinine antimontone ad alto titolo, in questi sieri umani, sia da attribuire ad una elevazione di agglutinine normali preesistente, sotto l'azione di uno stimolo causato eccezionalmente dall'infezione gonococcica, e richiama a questo proposito il fenomeno dell'agglutinazione anamnestica.

Rapporti tra anticorpi emolitici artificiali ed anticorpi naturali preesistenti. Criteri di scelta degli animali per la produzione di sieri emolitici ad alto titolo.

PONTANO Prof. T. — Fa rilevare come nella preparazione delle emolisine del coniglio, si osservi un comportamento molto diverso fra i singoli animali, alcuni dei quali danno emolisine fino al titolo 1:5000, mentre altri le danno a titoli bassissimi, perfino inutilizzabili.

Per trovare una spiegazione del fenomeno l'O. ha studiato il comportamento del siero di conigli prima del trattamento ed ha trovato che questi animali possono suddividersi in tre categorie:

1) conigli che presentano emolisine naturali spiccate solo nei riguardi dei globuli rossi di montone;

2) conigli che hanno emolisine per globuli rossi di più specie animali;

3) conigli che non possiedono emolisine normali.

Trattando queste diverse categorie di conigli con emazie di montone, l'O. ha osservato che il massimo di produzione di emolisine artificiali si ha nella prima categoria, la minima nella terza, il che è utile a conoscere per la scelta dei conigli destinati alla produzione di tali anticorpi.

Infine l'O. trae argomento da questi fatti per lumeggiare l'analogia fra anticorpi naturali ed anticorpi artificiali.

L'uso dell'antigeno Fenol-alcool per la prova di Wassermann.

GIUDICEANDREA prof V. — L'O. comunica il risultato ottenuto comparativamente in 145 casi con la R. W. e la reazione eseguita adoperando come antigene la miscela fenol-alcool (fenolo 2 % in alcool) proposta da Ninni e Molinari.

Con la R. W. eseguita con 3 antigeni diversi ottenne 90 reazioni negative, 18 positive, 16 parziali e 21 reazioni ad emolisi lenta.

Con la prova eseguita con fenol-alcool ottenne 84 reazioni negative, 16 positive, 12 parziali e 33 ad emolisi lenta.

Rileva l'analogia dei risultati, e contrariamente all'opinione degli AA. suddetti ritiene che l'antigeno fenol-alcool non sia stabile, ma possa alterarsi per idratazione.

Richiamando precedenti studi di Sciarra e proprii, l'O. stima che la parte attiva di tale antigeno sia da attribuire all'alcool.

Sopra un caso di splenomegalia siderotica.

GHIRON prof. M. — L'O. ha studiato un caso di splenomegalia datante da cinque anni, in ragazzo diciottenne. L'ammalato si trovava in buone condizioni generali e non aveva sofferto che di epistassi e di ematuria. All'esame obbiettivo si rilevava una milza grossa, a focaccia, che arrivava fino all'ombelicale trasversa. Crasi sanguigna poco alterata.

In seguito a diagnosi di splenomegalia siderotica, fatta dal prof. Ascoli, il paziente fu operato di splenectomia dal prof. Alessandri. L'esito fu infausto a causa delle gravissime alterazioni epatiche coesistenti, ed all'autopsia fu rilevato uno stato cirrotico del lobo epatico sinistro ed un'atrofia del destro. La milza asportata, del peso di due chilogrammi, aveva effettivamente i caratteri della splenomegalia siderotica e presentava al taglio delle piccole granulazioni ocracee a scaglietta. Esaminata istologicamente si riscontrarono, in relazione ai granuli, delle formazioni a canna di bambù, che l'O., richiamando le osservazioni di AA. francesi, tende ad interpretare come miceli micotici.

L'O. si sofferma sulla teoria micotica di queste splenomegalie, e discute le varie opinioni.

Accenna infine ai rapporti fra lesione splenica e lesione epatica, e termina facendo rilevare l'opportunità della diagnosi precoce affinchè l'intervento chirurgico sia utile.

Il prof. ALESSANDRI, che operò l'ammalato, rileva egli pure che l'esito sfavorevole dell'operazione deve essere attribuito al tardivo intervento, sopratutto per la profonda lesione epatica esistente. Infatti l'ammalato, dopo pochi giorni dall'operazione, si aggravò con sintomi di insufficienza epatica.

Quanto alla etiologia di queste forme, che furono descritte come splenomegalie siderotiche, dal Gamna, oggi si è orientati verso la natura micotica in seguito alle osservazioni di Nanta ed alle colture di aspergilli ottenute da Pinoy.

Poichè a lungo andare queste lesioni spleniche coinvolgono il fegato, egli insiste sulla necessità di interventi precoci, prima cioè che le lesioni epatiche siano divenute irrimediabili, osservazione che aveva già ben precisato il Banti per la malattia da lui descritta, ma che può allargarsi a molte altre forme di splenomegalia.

Il Segretario: V. PUNTONI.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 27 gennaio 1928 VI

Presidenza: prof. D. DUCCESCHI.

Note di tecnica relative al metodo di Besta per la colorazione delle guaine mieliniche e delle cellule nervose.

G. B. BELLONI. — Il metodo originale consiste essenzialmente in: fissazioni in formalina, lavaggio del blocco, mordenzamento in molibdato d'ammonio, inclusione in celloidina.

Le sezioni destinate allo studio della guaina mielinica si colorano a caldo in ematossilina fosfotungstica di Mallory e poi si differenziano alla Pal; quelle destinate alla colorazione cellulare si lavano fino a completa eliminazione del molibdato, s'immergono per dodici ore in alcool nitrico al 5 %, indi si colorano con tionina o bleu di toluidina e si differenziano in alcool.

Nelle modificazioni di B. il mordenzamento in molibdato si eseguisce sulle sezioni anzichè sul blocco.

Ricerche neuroendocrine nei bambini trattati con acetato di tallio a scopo terapeutico.

E. BALBI. — Il meccanismo patogenetico dell'alopecia da tallio rimane tuttora incerto invocandosi per esso tre opposte teorie: 1) azione degenerativa svolta localmente dal metallo sugli elementi della papilla e del pelo; 2) azione del TL. sul sistema nervoso centrale; 3) azione sul sistema endocrino simpatico che si esplicherebbe con una ipofunzione delle paratiroidi, surrenali, ghiandole genitali e ipertonia del simpatico. (Buschke e Langer).

L'O. partendo da questi fatti ha ricercato sui bambini trattati con tallio a scopo epilatorio il comportamento del sistema neurovegetativo.

Su 14 casi esaminati riscontra che in 5 di essi non si notano variazioni importanti della formula neuroendocrina investigata prima e dopo la somministrazione del medicamento. In altri 5 casi si ha una lievissima ulteriore prevalenza in secondo tempo della vagotonia, dei bambini data da una esagerazione della reazione pilocarpinica e in qualche caso da un rallentamento di polso.

Tre casi si hanno di eccitabilità del simpatico (reazione adrenalinica positiva per presenza di glicosuria sorpassante di poco la norma).

Si tratta però di oscillazioni di poca importanza non riferibili ad una deviazione del tono vero e proprio, ma dello stato di eccitabilità di uno dei due rami del s. n. v., entro i limiti fisiologici. Le prove dirette ad investigare lo stato della tiroide e dell'ipofisi non hanno mostrato deviazioni dallo stato precedente. Esami radiologici comparativi della regione tinica si mostrano negativi. Mancano per una lesione paratiroidea segni di ipereccitabilità neuromuscolare meccanica ed elettrica, ed il ricambio del Ca nel sangue si mantiene entro i limiti normali. Prove fatte con somministrazione di estratti opoterapici allo scopo di osservare eventuali modificazioni sullo svolgersi dell'alopecia da tallio diedero risultati negativi. Sulla base di questi fatti e sui dati derivanti dalla discussione critica dei segni di intossicazione da tallio l'O. conclude che una genesi endocrino simpatica dell'alopecia da tallio non ha raggiunto la necessaria dimostrazione.

Il meccanismo dell'alopecia da tallio nel bambino.

G. TRUFFI. — L'acetato di Tallio a dosi terapeutiche, fissate ormai decisamente da Cicero, da Fiocco, ecc., fra i 7-9 milligrammi per chilo corporeo determina un'alopecia completa e temporanea del cuoio capelluto del bambino che a questo trattamento viene sottoposto. La somministrazione viene fatta per via orale in mezzo sciropposo. Si comprende come il tallio sia un mezzo pratico per la terapia delle tigne, e come possa essere a portata di ogni medico pratico. Però bisogna tenere presente che il metallo è fortemente tossico e che il limite fra dose terapeutica e tossica è molto ristretto. Non bisognerà mai cioè oltrepassare le dosi accennate se non si vogliono vedere comparire dolori articolari, vomito, dolori colici, diarrea, parestesie, iperalgesie e per non ottenere d'altro lato una alopecia definitiva. Un altro inconveniente del Tallio che deve essere tenuto presente è quello che la rinascita dei peli è molto precoce cosicchè il tempo per la terapia della affezione micotica del cuoio capelluto è breve. Ecco la ragione per cui l'O. ha creduto di eliminare i capelli appena la depilazione si mostrava facile ed indolore.

In generale la caduta spontanea si verifica tra il decimo e diciottesimo giorno. La possibilità di avulsione compare invece più precocemente tanto che all'8°-10° giorno si possono ottenere depilazioni complete.

Allo scopo di studiare il meccanismo d'azione dell'acetato di tallio l'O. pratica ricerche istologiche sistematiche sui bambini tricofitici trattati con le modalità sopra accennate.

Dopo avere constatato sui frammenti di cuoio capelluto presi con biopsia nei vari giorni decorrenti fra la somministrazione del farmaco, e la caduta dei peli, la presenza di lesioni di tipo degenerativo degli elementi della matrice e del bulbo come sono già state osservate e descritte da Mamoli (negli animali) e da Fiocco, Pasini, Di Vella, ecc. L'O. ha pututo rilevare nella seconda fase cioè nel periodo di ricrescita, accanto ai fatti di rigenerazione presentati dalla maggior parte dei peli, fenomeni d'atrepsia di alcuni follicoli con esito in sclerosi follicolopilare. Quste ultime sono l'indice certo che una precedente lesione e distruzione degli elementi epiteliali del pelo e del follicolo, è esistita.

L'O. scostandosi dalla teoria oggi accettata quasi universalmente che l'azione del Tallio sul pelo debba esplicarsi con l'intermezzo del s. endocrino simpatico, crede di poter pensare ad una azione locale del tallio sviluppatasi sulla matrice di quei peli che nell'organismo si dimostrano più sensibili a tutti i fatti tonici infettivi e nervosi. Ecco la ragione della caduta dei capelli allorquando vengono somministrate dosi terapeutiche, mentre l'alopecia si generalizza con dosi più elevate; si tratta cioè non di una azione elettiva del Tallio sui peli del capillizio, ma di una questione di dose. A conforto del suo modo di interpretare il fenomeno alopecia da Tallio l'O. accenna al fatto che sono state ottenute depilazioni circoscritte con applicazione locale del farmaco (egli ha pututo confermare sull'animale questi fatti). Inoltre ricorda l'analoga azione che si ottiene con trattamento abbinato di raggi X-Tallio in dose pari a metà di quelle terapeutiche, venendo alla conclusione che se anche negli avvelenamenti cronici da Tallio si verifica una lesione (anatomica o funzionale) delle ghiandole endocrine, come del resto anche del rene, dello stomaco, dell'intestino, ecc., ciò non implica che l'azione del tallio debba essersi esplicata in un primo tempo sul s. endocrino simpatico.

CAGNETTO. — Si compiace perchè i risultati corrispondono a quanto era stato dimostrato nel suo Istituto due anni or sono. Non desta meraviglia che Buschke abbia insistito sull'insufficienza nervosa dal momento che negli animali da esperimento si creano alopecie a carattere simmetrico. Vi sono anche alterazioni del follicolo ma certo non gravi.

TRUFFI. — Indubbiamente esistono lesioni del pelo specie nella matrice. Il tallio oltre che azione distruttiva esercita anche azione stimolante. Già dopo dieci giorni si notano peli nuovi. I fatti nervosi sono eccezionali. Il tallio serve meglio dei raggi Roentgen.

DUCCESCHI. — Sarebbe interessante sapere se vi è eliminazione del tallio per la cute e specialmente per le ghiandole sebacee.

Ricerche sperimentali sull'edema polmonare.

A. LUISADA. — L'O. eseguisce una serie di ricerche sperimentali su conigli in cui determina a mezzo di iniezioni endovenose di adrenalina un edema polmonare acuto. Trovata sperimentalmente la dose di adrenalina tale da dare la morte per edema p. ac. in più del 90 % degli animali, l'O. studia su di una serie di conigli l'effetto di un trattamento preventivo a mezzo di sostanze varie, sulla resistenza dell'animale e sulla sopravvivenza di esso. Il trattamento con ergotamina che aboliva

l'ipertensione arteriosa non salvava gli animali. Effetti diversi, in genere buoni, l'O. ottenne con narcotici iniettati per via endovenosa. Esperimentato cloralio, cloretone, luminal, veronal, bromuri, cloralose, papaverina, morfina, scopolamina, ecc., l'O. vide che i risultati migliori erano dati da cloralio, cloretone, papaverina e morfina in ordine decrescente. Dato che questi narcotici agiscono con massimo effetto su centri diversi del sistema nervoso era difficile farsi un'idea del meccanismo di azione di queste sostanze. L'O. ha studiato allora l'effetto di stimolazione o depressione del centro respiratorio, ottenuta a mezzo di farmaci o modificando la reazione del sangue a mezzo di alcali forti introdotti per via endoperitoneale. In genere ogni eccitazione del centro respiratorio favoriva l'edema, ogni repressione lo rendeva più difficile.

L'O. ha studiato in seguito l'effetto sia di sostanze agenti perifericamente sulla permeabilità come il cloruro di calcio, sia di soluzioni ipertoniche di glucosio che tendono ad attrarre acqua nel sangue dai tessuti; l'uno e l'altro dettero buon effetto.

La lenta respirazione, il taglio bilaterale del vago, la decorticazione cerebrale non riuscirono ad impedire l'edema polmonare acuto da adrenalina.

Un'operazione completa consistente nella vagotonia, legatura delle carotidi, taglio del midollo cervicale dimostrò che l'animale mantenuto in perfetta condizione a mezzo di respirazione artificiale non presentava più edema polmonare. Interessante il fatto dell'arresto in sistole del ventricolo S., del ventre D. sfiancato come nei casi in cui un edema si verificava.

L'O. eseguite altre ricerche collaterali e di controllo è venuto alla conclusione che l'accesso di ed. polm. adrenalinico deriva da azione centrale dell'adrenalina sui centri bulbari che nelle vicinanze del centro respiratorio esistono nuclei che regolano la permeabilità dei capillari polmonari; che gli stimoli partenti da questi nuclei seguono le vie del simpatico, che l'adrenalina stimola questi nuclei e determina in via centrale un aumento di permeabilità dei vasi polmonari, quindi un edema; che centri superiori possono inibire il tono, smorzare l'eccitazione dei nuclei bulbari. L'O. emette l'ipotesi che in ogni forma di edema polmonare acuto umano entri in gioco quale ultimo anello di una catena di concause la stimolazione di questi nuclei bulbari. Egli tenta poi di associare farmaci ad azione centrale con cloruro di calcio e glucosio in soluzione ipertonica e riesce a salvare il 95 % degli animali trattati per via endovenosa precedentemente all'iniezione di adrenalina.

DUCCESCHI. — È interessante il fatto che sezionando il midollo cervicale non si ha più edema. Ciò determina un salasso interno (quindi vasodilatazione). Il dott. Luisada ha provato il salasso esterno?

LUISADA. — Non ha provato il salasso esterno.

Il Segretario: Prof. F. PANCRAZIO.

Ospedale Maggiore di Bologna.

Seduta del 12 febbraio 1928.

EMILIANI Dott. C. — Presenta di nuovo i preparati del caso di dissenteria amebica, già comunicato nella conferenza del 4 dicembre 1927, per illustrarne estesamente le alterazioni anatomiche microscopiche.

Seduta del 18 marzo 1928.

I presenti ricordando il 3° anniversario della morte del prof. Giuseppe Ruggi che è caduto il 14 marzo mandano un saluto alla memoria dell'illustre maestro.

L'ernia crurale dell'appendice vermiforme ed il suo metodo di cura.

ZAMPA dott. G. — L'O. traendo motivo da un caso personale, espone alcune considerazioni sopra gli appendicoceli della regione crurale soffermandosi in modo particolare su di alcune caratteristiche dell'affezione. Nota come questa sia più un reperto operatorio accidentale che una malattia diagnosticabile prima dell'intervento diretto a curare l'ernia e, dopo averne accennato la patogenesi, lo stato anatomico e la scarsa sintomatologia, discute la sua terapia chirurgica.

È convinto che, date le facili e gravi complicazioni alle quali è esposta l'appendice nella sede che essa assume, come infiammazioni, perforazioni, raccolte, cisti, tumori, traumi, strozzamenti, ecc., e dati i segni di alterazioni pregresse che quasi sempre presenta, quali aderenze al sacco che rendono per lo più l'ernia irriducibile, si debba, in tutti casi eseguire l'appendicectomia.

A questo scopo non servono i comuni metodi di cura dell'ernia per via crurale per l'impossibilità di raggiungere il ceco e di trattare convenientemente l'appendice, per la qual cosa l'O. propone come metodo di scelta il processo per via inguinale del Ruggi con le modificazioni di Durante e Parlavecchio, e a questo proposito si sente in dovere di rivendicare al Ruggi di Bologna il merito di aver per primo indicata la via inguinale per la cura radicale dell'ernia crurale, che va all'estero sotto molti altri nomi, e che presenta notevolissimi vantaggi sopra tutti gli altri metodi.

Il Segretario: DOTTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il meccanismo della glicorachia.

In un precedente lavoro Riser e Mériel (*La Presse médicale* 1927, n. 96), avevano mostrato come la glicorachia è condizionata dalla glicemia: Lalou Bierry, Dubot e Morel ed altri avevano dimostrato ciò con l'adrenalina, Riser e Mériel, invece, con le iniezioni intravascolari di glucosio dopo aver introdotto l'ago nello speco e conservato in situ una o due ore. Una brusca e passeggera ascensione della glicemia non ha quasi effetto sulla glicorachia; se la glicemia elevata (circa 2 gr.) persiste lo zucchero del liquor aumenta progressivamente.

Ma ove si fa il passaggio dello zucchero sanguigno nel l. c. r.? Come per gli altri materiali Mestrezat mette in giuoco i plessi e così Kafka e Goldemann, Stern e Gautier parlano dell'azione combinata della nevroglia, dei plessi e dell'endotelio dei capillari cerebro meningei. Recentemente Mestrezat affermò che il l. c. r. è il prodotto normale dei capillari, opera di dialisi equilibrata.

Lewandowski, Goudsmiet, Cestau ed altri con la tecnica dell'isolamento di sezioni meningee mediante legature ricercando sostanze iniettate (stricnina, bleu tripan, urea, salicilato) tentarono anche di elucidare il problema della permeabilità dei plessi o delle meningi. Gli AA. hanno esperimentato su grossi cani: su 20 esperienze 4 sono state portate a termine: nei cani dopo laminectomia venivano creati dei cul di sacco rachidei ed isolati dai plessi. Previa iniezione di glucosio si prelevavano campioni di l. c. r. sopra e sotto le legature e nel sangue. È stato constatato che in tali condizioni si nota un passaggio importante di zucchero dal sangue al l. c. r. sopra e sotto la legatura, dunque dai plessi e dai vasi meningei. Sperimentalmente nell'uomo, è chiaro, tali condizioni non possono ripetersi: pur tuttavia in due casi di tumore midollare con perfetta chiusura del canale, gli AA. hanno iniettato nelle vene 150 gr. di siero glucosato al 25 % ed in ambedue i casi il glucosio era aumentato sia sopra che sotto la compressione. Con lo studio inoltre della glicorachia a differenti livelli eseguita in soggetti con meningi normali in qualche caso è stato possibile constatare una glicorachia ventricolare nettamente inferiore alla glicorachia lombo sacrale.

È assai poco probabile quindi che in tali condizioni il passaggio del glucosio si faccia unicamente a livello dei plessi coroidei: sperimentalmente in un malato nel quale un tumore aveva realizzato l'isolamento dei liquidi ventricolo-rachidei, il glucosio iniettato aveva arricchito direttamente il l. spinale permidollare senza passare attraverso i plessi. Esperimentando in un altro malato non ne sono dissimili le conclusioni talchè gli AA. possono concludere che in definitiva sia nell'uomo che nel cane in condizioni rigorose di esperimento si può affermare che il passaggio del glucosio sanguigno nel l. c. r. ha luogo lungo tutto il nevrasse per fenomeni di permeazione vascolare: il glucosio inoltre se iniettato può raggiungere lo stesso tessuto nervoso così come l'urea, il salicilato di sodio, i bromuri grazie alla permeabilità dei vasi. Il l. c. r. non ne è affatto l'intermediario indispensabile; e la membrana selettiva più o meno permeabile è l'endotelio dei vasi capillari: da rifiutarsi tale ruolo agli istiociti come ammette lo Zand. Gli istiociti sono banali cellule fagocitanti di azione dubbia sulle sostanze che non siano il tripan bleu o il citrato di ferro.

MONTELEONE.

La porfirina nella bocca.

La conoscenza delle porfirine non è ancora ben completa.

Nelle urine e nelle feci dei soggetti normali si trovano traccie di coproporfirina. Ma se l'individuo mangia carni sanguinolente o soffre di emorragie gastro-intestinali, si ritrova nelle sue feci un altro tipo di porfirina, chiamato: Porfirina di Kämmerer.

Nei rari casi, finalmente, di porfirinuria congenita, si ritrova nelle urine: l'uroporfirina.

Lo studio di tali sostanze è facilitato, oltre che da varie prove chimiche, dalla loro proprietà di emanare una fluorescenza rossa nella camera oscura, dopo essere state irradiate con luce ultravioletta, purchè la soluzione non contenga impurità.

Garrod mise in evidenza per primo il fatto che nei bambini con emoporfirinuria congenita i denti emanano una bella fluorescenza rossa, dopo irradiazione con luce ultra-violetta filtrata.

A. A. Hymans van den Bergh (*Lancet*, 11 febbraio 1928) ripetè tale osservazione e riscontrò il fenomeno anche in soggetti sani e in malati di forme morbose varie, ponendolo però come sede nel tartaro dentario. Egli inoltre notò che la fluorescenza appariva più o meno netta sul dorso della lingua di individui affetti da emoporfirinuria congenita.

Per mezzo di manipolazioni chimiche varie,

ottenne dal tartaro dei denti una sostanza identificata come coproporfirina. Come pure l'ottenne estraendola da quella patina molle biancastra che si deposita sui denti dopo il pasto, anche se di semplice latte e pane, qualora non si proceda ad accurata pulizia della bocca (materia alba di Leeuwenhoek). I sali di calcio del tartaro riterrebbero in secondo tempo tale porforina.

Una delle origini delle porfirine della bocca potrebbe essere dalle ghiandole salivari, le quali la secernerebbero direttamente. Una grande importanza ha a tal proposito la flora batterica esistente normalmente nella bocca, perchè con l'esperienza si è potuto dimostrare che i germi possono provocare la comparsa di porfirina fluorescente in un miscuglio di latte e di pane, tenuto in termostato per qualche tempo.

Pochissimo è invece conosciuto circa la sorte ulteriore subita da tale porfirina, presente, come si è visto, nella bocca dell'uomo.

M. FABERI.

La reazione del meconio.

Il latte del seno produce nei bambini feci alcaline, mentre il latte di vacca dà feci acide. Si è discusso se la reazione è determinata dalla flora intestinale, o se essa stessa determina la flora. Il meconio, che è abatterico, è leggermente acido (ph = 6.1). Con la nutrizione al seno le feci raggiungono un'acidità di ph = 4.9. Il meconio ha circa la stessa reazione attuale delle feci del digiuno, e forse la sua reazione è dovuta allo stato di digiuno del neonato. (*Journ. A. M. A.*, 18 settembre 1926).

DORIA

CASISTICA.

La sacralizzazione della V vertebra lombare.

Il prof. Martius ha illustrato alla Soc. Medica di Gottinga (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 1° aprile 1928) un caso assai interessante. Si trattava di una donna di 36 anni, che aveva avuto due parti e un aborto, aveva mestruazioni regolari e da parecchi anni accusava forti dolori ai lombi, aveva perdite bianche e modica stitichezza. All'esame ginecologico: prolasso della vagina e retroflessione mobile dell'utero con annessi normali. Urine normali. Un collega gli aveva inviato la p. chiedendo se la retroflessione uterina poteva spiegare i dolori della p. e se era indicato un atto operativo. Il Martius applicò il così detto pessario di prova, ma dopo una settimana, pur avendo l'utero conservato la nuova posizione datagli prima dell'applicazione del pessario, i dolori persistevano e persistettero ancora per un certo tempo, durante il quale lo stato generale dell'a. era molto migliorato. La p. indicava come sede dei dolori non i muscoli lombari lunghi (come fanno le donne che soffrono di dolori lombari di natura funzionale), ma un punto situato a destra della V vertebra lombare e diceva che il dolore si irradiava alla gamba destra. Alla radioscopia fu trovata una sacralizzazione della V lombare, bilaterale ma asimmetrica (accennata a destra, spiccata a sinistra).

L'assimilazione fra colonna lombare e osso sacro non è molto rara; può essere di vario grado: essa è totale quando il sacro viene ad essere formato di 6 vertebre e la colonna lombare di 4; ma può anche aversi l'assimilazione della I sacrale colla colonna lombare. Fra questi due stati di grado estremo (e che son detti rispettivamente bacino ad assimilazione alta e bacino ad assimilazione bassa) esistono tutte le forme di passaggio. Le alterazioni possono anche essere asimmetriche: da un lato assimilazione lombo-sacrale e dall'altro sacro-lombare (quindi da un lato 3 fori sacrali e dall'altro 5).

La genesi di queste malformazioni va cercata in un'anomalia originaria dei nuclei di sviluppo delle ossa. Invece è controversa la questione se l'assimilazione e specialmente la sacralizzazione della V lombare concorra e quanto alla produzione di dolori. Per alcuni non vi concorre affatto. I gradi più alti di sacralizzazione uni e bilaterale possono essere reperto fortuito di radioscopia, senza che esistano sintomi che vi richiamino l'attenzione e ciò secondo il Martius si comprende pensando che la V lombare ha assunto pienamente la forma e la funzione di una vertebra sacrale. Invece i gradi minori di assimilazione possono dar luogo a dolori. Nel caso illustrato difatti i dolori erano più spiccati a destra dove l'assimilazione era minore, meno spiccati a sinistra dove essa era più avanzata. Il dolore può spiegarsi così: l'apofisi trasversa della V lombare è a destra iperplastica e anormale, ma priva di connessioni col sacro, con cui però può entrare in contatto in certe posizioni e in certi movimenti, oppure per diminuzione di spessore dei dischi intervertebrali (che si ha coll'avanzare dell'età) o per rilasciamento muscolare e legamentoso da lunga malattia: è questo contatto che provoca il dolore. Inoltre il dolore può essere provocato da una borsite della borsa che può formarsi al punto di contatto fra vertebra lombare e sacro.

Per la terapia non c'è molto da fare di veramente utile: si possono fare applicazioni diatermiche, idroterapiche, di raggi X a dosi basse per combattere l'eventuale partecipazione infiammatoria secondaria dell'osso. A volte è utile un busto rigido. Fu anche proposto l'intervento chirur-

gico e Garrè ne ha avuto buoni risultati: ma è un intervento grave e deve considerarsi come ultimo rifugio.

Il Martius conclude, a proposito del suo caso, che prima si attribuiva eccessiva importanza alle anomalie di posizione dell'utero nella genesi dei dolori lombari, mentre oggi si tende a ricercarne la causa in una debolezza costituzionale congenita o acquisita (enteroptosi, addome pendulo); ma a queste interpretazioni si dovrà ricorrere solo dopo che l'esame radiologico avrà escluso una malformazione organica a carico della colonna vertebrale per non sottoporre le pazienti a interventi inutili.

RENATO LUSENA.

Sindrome simpatica cervico-brachiale per spina bifida occulta.

Nel determinismo di alcune sindromi funzionali o dolorose di etiologia sconosciuta si possono ormai ben decifrare con la radiologia delle malformazioni congenite dello scheletro. Così per numerose nevralgie sciatiche in rapporto a reumatismo cronico vertebrale, a sacralizzazione della quinta lombare, a lombalizzazione della prima sacrale, a spina bifida occulta, a costole cervicali. ecc. La spina bifida della regione cervicale non è tanto frequente: Pierre Marie, Léri, e nell'articolo in esame Tapie, Villemeur, Lyon, ne offrono un interessante esempio con tardiva sindrome sensitiva.

Si trattava questa volta (*Gazette des Hôpitaux*, 1926, n. 96) di una giovane donna che a 25 anni accusava violenti dolori nella regione sovra clavicolare e nella quale l'esame clinico permette di constatare una pleurite apicale e dallo stesso lato una sindrome simpatica cervicobrachiale con dissociazione siringomielica della sensibilità a topografia radicolare: la radiografia rivela esistenza di una spina bifida della 7ª cervicale. La pleurite apicale poteva spiegare l'esistenza della ineguaglianza pupillare, ma la dissociazione siringomielica della sensibilità implicava la esistenza di una lesione intramidollare che senza l'aiuto della radiografia non avrebbe potuto essere dimostrata. Essa mise in evidenza una deiscenza vertebrale localizzata all'arco posteriore della settima cervicale. Difficile è spiegarne il meccanismo: per alcuni i disturbi sensitivi risulterebbero da una compressione a livello della deiscenza, per altri si tratterebbe di una malformazione congenita del midollo. Data l'incertezza nella spiegazione della patogenesi, più incerta è la cura. Caratteristica di queste lesioni sensitive è la loro comparsa tardiva, nel mentre bisogna notare l'assenza abituale dei piccoli segni esterni della spina bifida come i disturbi della pigmentazione cutanea, l'ipertricosi localizzata, i nevi, ecc.

Nel caso degli AA. si ottenne un miglioramento con la radioterapia.

MONTELEONE.

TERAPIA.

Il trattamento del singhiozzo persistente.

Il singhiozzo persistente può essere dovuto a diverse cause:

1) condizioni sottodiaframmatiche. Distensione o sovracarico dello stomaco, alcool, ascessi del fegato, talvolta anche cirrosi epatica oppure tumori sotto il diaframma, peritonite superiore ed ascessi sottodiaframmatici;

2) condizioni pleuriche. Irritazione della superficie pleurica del diaframma (pleurite diaframmatica, empiema) infiltrazione da parte di un tumore che arriva in questo punto e che può anche provenire dall'esofago;

3) irritazione frenica, specialmente indiretta da parte di tumori del mediastino o da ghiandole dell'ilo;

4) cause centrali. Uremia (per questa ragione può talora trovarsi nella tifoide), irritazione cerebrale (emorragia, tumore). Una forma ostinata di singhiozzo si ebbe al tempo dell'influenza epidemica; T. East (*The Lancet*, vol. CCXI, n. 5368) lo ritiene una forma lieve di encefalite epidemica; il sintomo non era raro in casi ben definiti di encefalite.

Finalmente, il singhozzo può essere un fenomeno puramente funzionale.

Nei casi lievi, possono bastare delle misure assai semplici: tenere per qualche minuto le braccia sollevate sulla testa, oppure le coscie flesse sull'addome, in modo da far pressione sull'epigastrio, pressione che può essere fatta anche con la mano. È sempre bene distrarre l'attenzione del paziente.

Controirritazione. Pressione sui bulbi oculari (utile nei casi isterici) applicazione di un vescicante all'area sensitiva del 3°-4° nervo cervicale, alla base del collo, proprio sopra la clavicola, applicazione di un cataplasma senapato all'epigastrio, pressione diretta sul frenico (5 cm. al disopra della clavicola, al margine anteriore dello sterno-cleido.

Nei casi gastrici, sono utili anzitutto i carminativi. L'A. consiglia lo spirito di cloroformio (sol. alcoolica di cloroformio al 5 %), 4 cmc., da ripetersi ogni 4 ore, oppure un cucchiaino da tè di carbonato d'ammonio in un po' di acqua calda. Efficaci sarebbero anche: la tintura di capsico (cmc. 0,3-0,6), lo spirito canforato (cmc. 0,3, in latte o su un pezzetto di zucchero). l'essenza di

trementina (cmc. 0,3 in capsule). Nel caso che vi sia notevole gastrectasia, si passerà la sonda e si farà la lavanda con bicarbonato di sodio al 2 %. In individui che vanno soggetti al singhiozzo dopo i pasti, si consiglierà di mangiare adagio e non abbondantemente.

Cause centrali. Oltre al trattamento della tossiemia (uremia), sarà utile la somministrazione dei seguenti rimedi.

Atropina (1/2 mg. ipodermicamente, ripetendo eventualmente ogni 4 ore); tintura di belladonna (23 gocce ogni 4 ore), benzoato di benzile (45 gocce della soluzione alcoolica al 20 % ogni 4 ore, in latte).

Fra i sedativi, possono tentarsi: ioscina (1/2 mg.), cloralio, tintura di canape indiana, bromuri, antipirina, il liquore anodino di Hoffmann in acqua diaccia, iniezione di cocaina (2-3 mg.), morfina; talora bastano poche respirazioni di cloroformio per far cessare lo spasmo.

Nei casi ostinati, di origine oscura può essere utile un emetico, quale l'apomorfina (3-6 mg. per iniezione).

Si tenti anche l'aspirazione di nitrito d'amile, la somministrazione di trinitroglicerina (1/2 mg. ogni 4 ore) e da ultimo l'iniezione di novocaina nel nervo frenico, alla base del collo.

Tutti questi rimedi possono essere tentati successivamente, dal più semplice al più complesso. In qualche caso si sono avuti successi con l'ipnotismo. *fil.*

La malarioterapia delle sindromi parkinsoniane postencefalitiche.

Craig (*Lancet*, 22 ottobre 1927) ha trattato parecchi casi di sindromi parkinsoniane postencefalitiche con l'inoculazione della malaria con lo stesso metodo in uso per la cura della paralisi progressiva ed ha ottenuto i seguenti risultati: 1) Qualche lieve miglioramento transitorio in tutti i casi, miglioramento consistente nella diminuzione della salivazione e della sudorazione, vivacità mentale e della mimica facciale; 2) lieve miglioramento delle condizioni intellettive; 3) scarso o nullo miglioramento della rigidità del tronco, dello stato dei riflessi e del tremore; 4) il risultato fu il medesimo in tutti gli stadii della malattia; 5) in parecchi casi l'inoculazione del sangue malarico non è seguito da accessi febbrili.

Cook nello stesso numero del *Lancet* riporta i risultati dei suoi esperimenti di malariaterapia su otto casi di sindromi parkinsoniane postencefalitiche. Gli effetti furono nettamente negativi, anzi fu notato che all'inoculazione della malaria seguì uno stato di debilitazione generale che durò parecchio tempo.

Lo stesso autore ricorda di avere trattato altri casi di encefalite epidemica con varie forme di infezioni febbrili, ma mai constatò miglioramenti sia pure transitori. DR.

Il luminal nell'epilessia infantile.

A. Van Donick (*Rev. méd. de Louvain*, 1927, n. 21) mette in rilievo i grandi vantaggi del luminal, che è diventato ormai un rimedio classico nell'epilessia infantile. Esso, anche se usato a lungo, non nuoce all'organismo, non dà abitudine ed è generalmente ben tollerato, in quanto che le dosi pericolose sono di molto superiori a quelle che si danno abitualmente.

Nel trattamento della epilessia infantile, l'A. consiglia: dose iniziale 15 cg., per 15 giorni; poi 30 cg. in due volte al giorno, per un mese. Discendere da 30 a 20 cg. per 3-4 settimane e, dopo 1-2 settimane di riposo, ripresa delle dosi da 30 cg. al giorno come sopra. Dopo tre mesi, ridiscendere a 20 e poi a 15 ed infine dose di mantenimento di cg. 7,5.

Con questo metodo, l'A. non ha mai avuto inconvenienti; nè intolleranza, nè orticaria, soltanto nei primi 5-6 giorni una certa sonnolenza. Al trattamento ipnotico vanno uniti, ben inteso, quello dietetico e quello igienico. In generale, il trattamento in famiglia si userà soltanto quando i piccoli malati non hanno più crisi. *fil.*

Formulario.

Nel singhiozzo epidemico.

Nei casi complicati con bronchite:

Sol. alcoolica di benzoato di benzile al 20 %		g. 5
Liquore anisato d'ammonio		g. 10

S. XX gocce, 5 volte al giorno.

Nei casi complicati con dolori gastrici:

Sol. alcoolica di benzoato di benzile al 20 %		
Tintura di badiana	ana	g. 5
Elisir paregorico		g. 15

S. XX gocce, 10 volte al giorno.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Il tallio nelle tigne — Al. dott. A. D. da R.:

L'acetato di tallio è ora largamente usato, con successo, nelle tigne dei bambini e ce ne siamo già occupati in questa stessa rubrica.

Si consulti in proposito M. TRUFFI: *La cura delle tigne con l'acetato di tallio* « Rassegna Clinico-scientifica dell'Istituto biochimico Italiano », 1927, n. 9.

V. MONTESANO.

Al dott. Q. F., abb. 12725:

Per la tecnica del dosamento della glicemia, veda « I problemi della nutrizione », anno I, n. 1; oppure: BAGLIONI e SETTIMI: *Guida all'analisi chimica applicata alla fisiologia normale e patologica*. Ist. editoriale scientifico, Milano.

fil.

Al dott. P. G. L.:

Il lavoro di BAGLIONI e SETTIMI: *Guida all'analisi chimica applicata alla fisologia normale e patologica* è eccellente ed adatto anche e soprattutto per chi si occupa di ricerche scientifiche. Più semplice e comprendente anche altri metodi di ricerca è la: *Guida alle analisi cliniche di chimica, microscopia, ecc.* di C. M. BELLI (Istituto editoriale scientifico, Milano). Ottimo, per i rapporti fra la clinica ed il laboratorio è il recente volume di V. GIUDICEANDREA: *Diagnostica medica e mezzi sussidiarii di laboratorio*. L. Pozzi, ed. Roma.

fil.

Al dott. P. E.:

Non si risponde ad anonimi; le sigle si possono usare, a richiesta, sul giornale, ma i quesiti devono essere firmati.

VARIA.

Servizio medico obbligatorio in Turchia.

Si lamenta in Turchia una decisa deficienza di medici, sovratutto sentita nelle regioni dell'Oriente. Per rimediarvi in parte, nel 1923 venne promulgata una legge, secondo cui tutti i medici neolaureati devono prestare servizio per due anni in località dell'Oriente designate per sorteggio; in questo periodo lo stipendio viene raddoppiato. Solo per i neo-medici poco robusti è concessa l'assegnazione in regioni meno remote ed a clima meno insalubre. Per i medici che hanno compiuto gli studi a spese dello Stato il periodo è di tre anni.

Grazie a queste misure alcuni paesi che non avevano mai visto un medico ne sono stati forniti.

I risultati paiono buoni; le malattie trasmissibili si sono molto abbassate e la mortalità generale si è ridotta. Anche la mortalità materna e quella infantile sono alquanto diminuite.

(Dal *Journ. A. M. A.*, 14 apr. 1928).

Le origini della Sorbona.

La Sorbona, di Parigi, è stata fondata nel 1257 da Roberto di Sorbona, cappellano di Luigi IX, e sorse per servire come casa per studenti e insegnanti; in seguito nel 1622 fu ampliata dal cardinale Richelieu che ne fu anche Rettore. Grande fraternità esisteva tra i Sorbonisti: essi prendevano i loro pasti in comune ed avevano elevato a dignità di virtù la povertà; unico scopo della istituzione era l'insegnamento. Animata da spirito di indipendenza, nel 1666 rifiutò l'accesso al Rettore della Università di Parigi. Oggi, la Sorbona è sede della facoltà di scienze e lettere e della « Ecole de Chartes », che è una scuola di storia. (Dalla *Rif. Med.*, 12 mar. 1928).

Le farmacie in Cina.

Naturalmente, come tutte le cose cinesi, la farmacopea nel Celeste Impero, ha tradizioni ultramillenarie. È interessante, però, osservare, che colà il farmacista si forma mediante la pratica acquisita come apprendista presso chi è già esperto nella professione. L'apprendista deve incominciare la sua carriera con lo spazzare la bottega e rendendo i più piccoli ed umili servigi: come, da noi, per i ragazzi dei barbieri. Il farmacista cinese è innanzi tutto un erborista, perchè la professione consiste essenzialmente nel raccogliere le piante e nell'estrarre da queste i « principi » per preparare le medicine. La farmacopea cinese è tutta racchiusa nell'opera intitolata « Pens-Tsao » la quale si compone di oltre cinquanta volumi. In essa si trovano le descrizioni e lo studio di quattrocentoventidue sostanze medicinali, delle quali trecentoquattordici sono di ordine vegetale, settantotto di origine animale e trenta di origine minerale. A titolo di informazione, diremo che tra i rimedi registrati nella « Pen-Tsao » ve ne sono degli originalissimi: per esempio: l'amianto, la pelle di lucertola, la carne di cane, le corna di rinoceronte, ecc. ecc. (Dalla « *Riv. Sanit. Sicil.* », 1 lug. 1927).

Personalità eminenti della medicina nella Czecoslovacchia.

Se ne parla nel *Journal A. M. A.* (31 dic. 1927). Si fa rilevare che, quando esisteva l'impero austro-ungarico, i medici di più alto valore della Czecoslovacchia venivano assorbiti nel gruppo teutonico: così Skoda, Rokitansky, Purkinjie. Altri invece sono rimasti nell'ombra, perchè fedeli alla lingua czeca, pochissimo conosciuta. Eppure a volte si tratta di personalità di raro valore, come Thomayer, che per primo segnalò la frequenza dell'aortite luetica nell'età media, e Hlawa, che ha compiuto opera di pioniere sulla pancreatite emorragica sperimentale, l'uno e l'altro quasi ignoti fuori della loro patria.

Oggi questo inconveniente è venuto ancora aggravandosi.

Fanno eccezione soltanto coloro che pubblicano i loro contributi in tedesco, come Albert e Maydl, o in altre lingue diffuse.

Lo stesso svantaggio si ripete per altre discipline: basti ricordare il chimico Kekulé, il glottologo Hrozny, il pedagogista Comenius.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XVI. — Deliberazioni consorziali: forme.

Le norme concernenti la segretezza delle sedute e delle votazioni, qualora si tratti di quistioni concernenti persone, devono essere osservate dai Consorzi costituiti tra Comuni per servizi di assistenza sanitaria. Il Consiglio di Stato, V Sez., con decisione 13 gennaio 1928, n. 5, ha confermato questa regola ed ha ripetuto che, dovendosi applicare, per le combinate disposizioni degli art. 14 del regolamento sanitario 19 luglio 1906, n. 466, 44 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889 e 16 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2839, le norme che regolano le deliberazioni dei Consorzi in genere, *deve risultare dal verbale* delle deliberazioni del Consorzio che si procedette in seduta segreta.

XVII. — Reati contro l'alimentazione pubblica.

Taliani fu condannato per vendita di latte adulterato. Egli si difese deducendo che aveva venduto il latte così come lo aveva ricevuto. Risultò, in linea di fatto, che il perito aveva rilevato la percentuale della densità del latte, di quella del siero, della sostanza grassa e della sostanza secca e magra (1.028, 1.0253, 3.60, 11.58, 0.90), e aveva concluso così: « annacquato al 12 % circa, intendendo, su 100 parti 88 di latte puro e dodici di acqua aggiunta ». L'ufficiale sanitario denunziò il fatto in relazione agli art. 216 e 217 del regolamento d'igiene comunale. Il Pretore emise decreto di citazione per il reato previsto dagli art. 322, 325 cod. penale. Si discusse se si trattasse di delitto o di contravvenzione. Il Tribunale affermò la ipotesi più grave, trattandosi di latte annacquato al 12 %. Il condannato ricorse in Cassazione e dedusse che « non fu riscontrata immissione di acqua ma solo una deficienza nella densità del siero (attribuibile ad altre cause) che agli effetti del regolamento d'igiene, fa ritenere come annacquato il latte ». La Corte di Cassazione, con sentenza 16 novembre 1927 ha considerato che il regolamento d'igiene del Comune di Roma, prevede il caso in cui il latte, nel luogo di produzione, presenti una deficienza di sostanze di assoluta importanza: ma si tratta di casi eccezionali che devono essere accertati con rigorose prove, dette « di stalla », le quali hanno per iscopo di impedire che una asserita deficienza di siero nasconda un vero e proprio delitto. Queste norme non possono quindi riferirsi al latte che, per mezzo di altre persone, è giunto sul mercato o, comunque, è già posto in vendita. « Non è chi non comprenda come si potrebbe mancare impunemente al divieto di vendere latte adulterato se per ogni accertamento si dovesse ricorrere alla prova e. d. di stalla: questa infatti a norma del regolamento deve essere eseguita ripetute volte sul liquido ottenuto dalla mescolanza del latte munto contemporaneamente da tutti i capezzoli delle vacche dalle quali è derivato il latte di composizione sospetta. Allorchè il latte è sequestrato nel luogo di vendita, gli elementi necessari a procedere alla prova di stalla non possono essere comunque raccolti con la necessaria precisione. E nondimeno non si vuol negare in massima che, se il perito analizzatore trovasse soltanto nel latte posto in vendita una deficienza di siero, potesse in concorso di speciali condizioni di fatto, prospettarsi la possibilità che anzichè di delitto si trattasse di contravvenzione; ma quando, come nel caso in esame, il perito rileva contemporaneamente e la deficienza del siero e l'aggiunta dell'acqua, è assurdo pretendere che la aggiunta dell'acqua sia tutta una cosa con la deficienza del siero: quella costituisce un delitto, il quale assorbe la contravvenzione derivante da questo ».

I reati contro la sanità ed alimentazione pubblica sono di competenza del giudice del luogo in cui la merce viene in possesso del destinatario, perfezionandosi appunto in tal luogo i reati medesimi. (Corte di Cassazione penale, sentenza 4 luglio 1927 ric. Ferrari).

Legalmente è punito per il reato previsto negli art. 320 e 325 cod. penale il salumiere che nel suo negozio abbia posto in vendita salacche in stato di incipiente putrefazione, potendosi escludere il dolo soltanto se il venditore abbia reso edotto il compratore della condizione vera delle sostanze alimentari pericolose alla salute, in guisa che il compratore abbia la consapevolezza di acquistare cose guaste (Corte di Cassazione 7 marzo 1927 ric. Bocchi).

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

La lotta contro le mosche.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica un decreto del Capo del Governo in data 20 maggio 1928, concernente le norme obbligatorie per l'attuazione della legge 25 marzo 1928, contenente disposizioni per la lotta contro le mosche.

Nettezza urbana e raccolta immondizie.

Art. 1. — Nei centri di popolazione agglomerata, la raccolta e la asportazione delle immondizie, e delle materie putrescibili, nonchè la costituzione di depositi di detti materiali sono disciplinate dalle norme contenute negli articoli che seguono.

Art. 2. — Le immondizie e le materie putrescibili provenienti dalle case, dagli esercizi pubblici e, in genere, dagli spacci di vendita al pubblico devono essere tenute, fino al momento della loro asportazione, in recipienti coperti.

Sono vietati il gettito delle immondizie e di materie putrescibili od il loro deposito, anche temporaneo, nelle pubbliche vie e nei terreni pubblici o privati.

Le aree scoperte entro i fabbricati o interposte ad essi, come pure le strade praticabili, sia private sia consorziali, ed i tratti di spiaggia annessi a stabilimenti di bagni, devono essere tenuti sgombri a cura dei proprietari, amministratori o conduttori, da immondizie e da materie putrescibili.

Salvo quanto è disposto nell'art. 12, nei riguardi degli stabilimenti di sostanze alimentari, il Podestà, sentito l'Ufficiale sanitario, determina le norme obbligatorie da attuarsi entro due mesi dalla pubblicazione della presente ordinanza, per la tenuta fino al momento della loro asportazione delle immondizie e delle materie putrescibili provenienti da stabilimenti industriali.

Art. 3. — L'asportazione delle materie di cui al precedente articolo deve essere fatta con recipienti che non permettano disperdimenti.

L'allontanamento delle immondizie e delle materie putrescibili dai centri di popolazione agglomerata deve essere fatto giornalmente.

I carri destinati al trasporto di detti materiali devono avere i requisiti determinati dall'autorità locale, od essere costruiti secondo un modello approvato dal Podestà, sentito l'Ufficiale sanitario.

È vietata, nell'abitato, la sosta dei carri carichi di detti materiali oltre il tempo necessario per la loro raccolta.

Nel caso in cui il trasporto dei suindicati materiali avvenga per ferrovia o tramvia, o per via d'acqua, è obbligatorio il loro trattamento contro le mosche, da effettuarsi con mezzi atti ad ostacolarne la invasione e la moltiplicazione.

Art. 4. — Le aree destinate a deposito dei materiali di cui ai precedenti articoli, sono designate dal Podestà, sentito l'Ufficiale sanitario, e devono distare dal centro di popolazione agglomerata non meno di cinquecento metri.

I depositi, compresi quelli annessi a scali ferroviari, tramviari e portuali, devono essere costituiti per modo che sia possibile il trattamento contro le mosche, da effettuarsi obbligatoriamente, a regola d'arte, con mezzi diretti ad ostacolarne la invasione e la moltiplicazione.

Nei depositi esistenti attualmente, il trattamento obbligatorio contro le mosche deve essere attuato entro un mese dalla pubblicazione della presente ordinanza.

La cernita e la utilizzazione industriale o agricola delle immondizie e delle materie putrescibili di cui ai precedenti articoli, devono essere eseguite nelle aree e con le norme che saranno stabilite dal Podestà, sentito l'Ufficiale saniario, entro tre mesi dalla pubblicazione della presente ordinanza.

Giardini e terreni prossimi all'abitato.

Art. 5. — Il Podestà, sentito l'Ufficiale sanitario, potrà permettere la costituzione di depositi dei materiali di cui agli articoli precedenti, per la loro utilizzazione come fertilizzanti, nella misura strettamente necessaria alle coltivazioni, nei giardini urbani ed in terreni coltivati siti a distanza minore di cinquecento metri dal centro di popolazione agglomerata.

Per detti depositi devono osservarsi le prescrizioni di cui all'articolo precedente e quelle altre maggiori che il Podestà, sentito l'Ufficiale sanitario, ritenga di dover prescrivere ai fini di un più efficace trattamento contro le mosche.

Scuderie, stalle e pollai.

Art. 6. — Le scuderie e le stalle in genere, nei casi in cui il Regolamento locale d'igiene ne consenta la tenuta nel centro di popolazione agglomerata, devono essere mantenute pulite ed avere le aperture esterne munite di dispositivi atti alla protezione contro le mosche, conformi alle prescrizioni emanate dal Podestà, sentito l'Ufficiale sanitario.

È vietato di ammassare nelle scuderie e nelle stalle il letame: questo deve essere asportato giornalmente, nelle ore stabilite dal Podestà, sentito l'Ufficiale sanitario. Per il trasporto del letame si osservano le disposizioni contenute nell'art. 3.

Entro il termine di un mese dalla pubblicazione della presente ordinanza, le scuderie e le stalle attualmente esistenti nei centri di popolazione agglomerata devono uniformarsi alle prescrizioni di cui al precedente comma 1.

Art. 7. — Il Podestà, sentito l'Ufficiale sanitario, concede la licenza di tenere depositi di pollame vivo o di altri piccoli animali, a scopo d'industria o di commercio, nel centro di popolazione agglomerata, sempre previo accertamento che det-

ti depositi siano in condizioni da potervisi attuare costantemente le norme che, caso per caso, saranno ritenute necessarie ai fini del trattamento contro le mosche.

Nei confronti di detti depositi si attuano le disposizioni di cui ai precedenti articoli 2 e 3.

I depositi esistenti attualmente nel centro di popolazione agglomerata devono ottenere la licenza di cui al precedente comma 1, entro due mesi dalla pubblicazione della presente ordinanza.

Fiere, feste e mercati.

Art. 8. — Chiunque, in occasione di fiere, di feste o di mercati, intende aprire o condurre scuderie o stallaggi, o tenere stalle o depositi di sosta per animali equini, bovini, ovini o suini, deve darne partecipazione sette giorni prima, al Podestà, per i provvedimenti che questi è tenuto ad emanare, sentito l'Ufficiale sanitario, ai fini dell'opportuno trattamento contro le mosche.

È vietato, di regola, di tenere, fiere, feste o mercati nelle immediate vicinanze di istituti pubblici di ricovero e di cura.

Gli esercizi pubblici.

Art. 9. — Negli esercizi pubblici di cui all'art. 84 del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, approvato con R. decreto 6 novembre 1926 n. 1848, comprese le latterie, oltre alle prescrizioni contenute nel regolamento locale d'igiene, devono osservarsi le seguenti norme:

1) i locali nei quali si tengono, conservano o preparano i cibi e le bevande devono avere le aperture esterne munite di mezzi di protezione contro le mosche, conformi alle prescrizioni date dal Podestà, sentito l'Ufficiale sanitario. Ugualmente protetti contro le mosche e con mezzi conformi alle prescrizioni stesse, devono essere i cibi in genere e le vivande preparate che si espongano in mostra;

2) le stoviglie, e, in genere, gli accessori da tavola, devono essere tenuti al riparo dalle mosche;

3) i locali tutti, compresi i retrobottega, devono essere mantenuti puliti; i rifiuti e le spazzature devono essere raccolti a norma dell'articolo 2; le biancherie sudicie devono essere tenute in recipienti chiusi.

Gli esercizi pubblici attualmente esistenti devono uniformarsi alle prescrizioni che precedono entro trenta giorni dalla pubblicazione della presente ordinanza.

Spacci di generi e venditori ambulanti.

Art. 10. — Negli spacci di vendita al pubblico di generi alimentari all'ingrosso o al minuto, oltre alle prescrizioni contenute nel regolamento locale d'igiene, devono osservarsi le seguenti norme:

1) i preparati di carne, il pane, le paste, i dolciumi, le frutta, le conserve, le verdure e, in genere, qualsiasi sostanza alimentare che si consumi senza previa cottura, o lavaggio, o dipellamento, o simile, devono essere protetti contro l'inquinamento ad opera delle mosche, con l'impiego di uno dei mezzi, come retine metalliche, campane di vetro, veli, carte moschicide, ventilatori o altri congegni adatti allo scopo, stabiliti, caso per caso, dal Podestà, sentito l'Ufficiale sanitario;

2) è vietata la esposizione all'aperto, fuori dello spaccio, delle sostanze di cui al precedente num. 1;

3) i locali tutti adibiti alla vendita ed i rispettivi retrobottega, devono essere mantenuti puliti ed i rifiuti e le spazzature raccolte a norma dell'art. 2.

Gli spacci di vendita attualmente esistenti devono uniformarsi alle prescrizioni di cui al precedente numero 1 entro 30 giorni dalla pubblicazione della presente ordinanza.

Le prescrizioni del presente articolo si applicano anche nei confronti delle macellerie e degli spacci che vendano comunque carni fresche.

Art. 11. — I venditori dei generi alimentari, indicati nell'articolo precedente, siano essi ambulanti o a posto fisso, o in chioschi, o in banchette, o simili, devono uniformarsi, entro 30 giorni dalla pubblicazione della presente ordinanza, alle norme contenute nel numero 1 dell'art. 10, per quanto concerne la protezione dei generi alimentari, ivi contemplati, contro inquinamenti ad opera di mosche.

I locali nei quali detti venditori ripongono o confezionano la loro merce devono rispondere ai requisiti di cui al numero 3 dello stesso art. 10.

Gli Stabilimenti di sostanze alimentari.

Art. 12. — Negli stabilimenti per la produzione, lavorazione o preparazione di sostanze alimentari, in tutti i locali adibiti alla raccolta ed alla lavorazione delle materie prime ed in quelli di deposito delle materie in corso di lavorazione o già lavorate, oltre alle prescrizioni contenute nel regolamento locale di igiene od in regolamenti speciali, devono osservarsi le seguenti norme:

1) le aperture esterne devono essere protette contro la penetrazione delle mosche;

2) i depositi dei rifiuti delle lavorazioni e dei residui suscettibili di ulteriore lavorazione, che non sia possibile di asportare giornalmente, devono essere protetti dalla invasione delle mosche. I mezzi da impiegarsi caso per caso, per il trattamento contro le mosche, come idonee coperture delle materie stesse, carta o altre sostanze moschicide sovra o presso le materie in deposito, o altri congegni adatti allo scopo, sono indicati dal Podestà, sentito l'Ufficiale sanitario.

La disposizione che precede si applica anche nei confronti dei mattatoi, delle sardigne e dei depositi di pelli fresche e di residui animali.

Entro trenta giorni dalla pubblicazione della presente ordinanza, gli stabilimenti attualmente esistenti devono uniformarsi alle norme più sopra indicate.

Negli Istituti di ricovero e di cura.

Art. 13. — Entro trenta giorni dalla pubblicazione della presente ordinanza, gli istituti di ricovero e di cura pubblici e privati, nonchè la collettività in genere devono:

1) proteggere contro ogni inquinamento ad opera delle mosche:

le dispense, le cucine, ed i locali comunque destinati alla preparazione ed alla distribuzione degli alimenti, delle bevande e dei medicamenti;

i mezzi di trasporto interno delle bevande e degli alimenti.

2) difendere contro ogni inquinamento ad opera delle mosche le bevande, gli alimenti ed i medicamenti, nei locali destinati a ricovero e cura di infermi di malattie comuni;

3) proteggere meccanicamente contro le mosche le latrine e le camere mortuarie, nonchè i locali destinati a ricovero e cura di malati di malattie infettive;

4) attuare il trattamento contro le mosche nei confronti dei depositi delle immondizie, delle materie putrescibili, e dei rifiuti di qualsiasi genere.

Il Prefetto sentito il Medico provinciale stabilisce:

a) i mezzi da impiegarsi per l'attuazione di quanto sopra;

b) le norme obbligatorie, da attuarsi entro due mesi dalla pubblicazione della presente ordinanza, per la raccolta, la rimozione, e la distruzione, o l'eventuale recupero, dei materiali di medicatura usati.

Tutte le scuole, primarie, pubbliche e private, debbono essere fornite, in ogni aula, di un esemplare del cartello di propaganda per la lotta contro le mosche, edito a cura del Ministero delle Finanze (Provveditorato Generale dello Stato).

Per la pubblicità delle Specialità Medicinali.

A cura della Sanità Pubblica è stata diramata alle RR. Prefetture del Regno la circolare N. 20173 che riteniamo opportuno riportare integralmente:

« L'art. 16 della legge 23 giugno 1927, n. 1070, contenente disposizioni varie sulla sanità pubblica, prescrive che gli interessati debbano ottenere la preventiva *licenza del Prefetto* per poter procedere alla divulgazione, con la stampa ed in qualsiasi altro modo, dei mezzi per la prevenzione e la cura delle malattie, o di specialità medicinali, o di presidî medici chirurgici, ovvero di ambulatori o istituti di cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica, ovvero di case o pensioni per gestanti, ovvero di stabilimenti termali, idroterapici, di cure fisiche ed affini, ovvero di acque minerali naturali od artificiali.

« Ora è stato mosso da qualche Prefettura il quesito se la disposizione, di cui all'articolo suddetto, lasci impregiudicata l'applicazione delle norme contenute nell'art. 114 del T. U. delle leggi di pubblica sicurezza del 6 novembre 1926, numeri 1648-2132.

« Al riguardo, reputasi opportuno di far presente che, non potendosi ammettere che, per quanto possa trarre alla divulgazione prevista dal suaccennato art. 16, sussista l'obbligo per il privato di premunirsi, contemporaneamente, di due speciali licenze, l'una da rilasciarsi dal Prefetto, e l'altra dall'Autorità locale di pubblica sicurezza, deve ritenersi che l'articolo anzidetto, per la materia in esso specialmente contemplata, ha sostituito l'articolo 114 del T. U. delle leggi di pubblica sicurezza e che nella specie, pertanto, sia necessaria e sufficiente la sola licenza del Prefetto.

« Per quanto riguarda i criteri di massima, che devono presiedere al rilascio della licenza, fermi in ogni caso restando anche in relazione alla espressa riserva fatta dal ripetuto art. 16 della legge 23 giugno 1927, i tassativi divieti posti dagli articoli 112, 113, e 115 del T. U. delle leggi di Pubblica Sicurezza, riflettenti la difesa della morale e del buon costume e la protezione contro le insidie alla maternità, le EE. LL. vorranno curare che sia impedita quella « pubblicità » che, evidentemente, tenda a sorprendere, con conseguente danno, l'altrui credulità.

« In proposito si richiama più specialmente la attenzione delle EE. LL. sulla pubblicità sin qui in uso per le « case e pensioni per gestanti », pubblicità che contiene talora diciture perniciosamente allettatrici ed istitutrici, per far comprendere, sia pure larvatamente, l'interessata condiscendenza della *casa* a facilitare pratiche immorali ed illegali di gestanti poco scrupolose. Pertanto è necessario qui chiarire che tali forme di pubblicità, inquinate da delittuosa offerta, devono essere senz'altro rigorosamente impedite.

« Nei riguardi delle specialità medicinali, poi, occorre appena rilevare, che sino a tanto che dette specialità non saranno « registrate » conformemente alle disposizioni del R. D. 7 agosto 1925, n. 1732, convertito nella legge 9 gennaio 1927, n. 58, le licenze per la pubblicità possono essere rilasciate, indipendentemente dalle registrazioni stesse, ma nel rilascio di tali licenze le EE. LL. si atterranno, sin da ora, ai criteri normativi, indicati dall'art. 17 del Regolamento 3 marzo 1927, n. 478, e specialmente a quelli indicati nei numeri 3 e 4 dell'articolo stesso, posti a difesa contro le insidie della maternità e della morale, oltre che volti a impedire sconvenienti e mendaci pubblicità a favore di insussistenti risorse terapeutiche.

« Con l'applicazione delle norme su espresse non è che si intenda menomamente porre un intralcio generico alla *pubblicità*, la quale anzi, se con sani criteri e con sana finalità concepita, è una delle caratteristiche e delle necessità dell'epoca presente.

« Le norme stesse quindi non devono rappresentare che un severo, razionale e legale impedimento a quella pubblicità, che esca dai confini della moralità e della onesta divulgazione.

« E qui, anzi, torna opportuno aggiungere che le EE. LL. vorranno adoperarsi acciò, contenuta nei suoi giusti limiti, la *Pubblicità inserzionistica* nei giornali sia in ogni caso autorizzata con la procedura la più semplice e la più sollecita, e meglio adattabile all'accelerato ritmo del lavoro quotidiano dei diversi giornali, tenuta a che presenti peculiari necessità di ognuno, specie nei riguardi dell'ora della pubblicazione.

« Si gradirà un cenno di ricevuta della presente e di assicurazione ».

COLTURA SUPERIORE.

Per la Bibliografia Scientifica Nazionale.

Sarà iniziata quanto prima la pubblicazione della Bibliografia scientifico-tecnica Italiana, sotto gli auspici del Consiglio Nazionale delle Ricerche. Tale pubblicazione è voluta personalmente da S. E. On. Benito Mussolini, che ne decretò la compilazione fin dal 31 marzo 1927 (R. D. Legge N. 638) ed è affidata alla Casa Editrice Nicola Zanichelli, di Bologna. È fatto obbligo a tutti i tipografi i quali abbiano stampato, per proprio conto o per conto di editori, di enti pubblici o privati, pubblicazioni in lingua italiana o straniera, sia periodiche che non periodiche e comunque interessanti la scienza e la tecnica, di farne pervenire, entro un mese dalla ultimazione della stampa, una copia completa al Consiglio Nazionale delle ricerche.

Nel caso di mancata consegna di una pubblicazione, entro il termine fissato, il tipografo è passibile di una ammenda che non può essere minore del triplo del prezzo di copertina della pubblicazione e mai inferiore a Lire 50, fermo restando l'obbligo di consegnare la pubblicazione stessa. In caso di recidiva l'ammenda sarà raddoppiata.

La denuncia sarà fatta dal Presidente del Direttorio del Consiglio Nazionale delle ricerche e sarà competente a giudicare il pretore della circoscrizione ove ha sede la tipografia (R. D. Legge 23 ottobre 1927, n. 2105).

Il sen. Guglielmo Marconi, presidente del Consiglio Nazionale delle Ricerche, ha inviato un messaggio agli editori italiani invitandoli a collaborare attivamente a questa vasta opera, nell'interesse proprio e nell'interesse nazionale.

Le indicazioni bibliografiche di ciascuna pubblicazione (libro o articolo di periodico) potranno essere corredate da un brevissimo sunto redatto dallo stesso Autore dell'argomento trattato. Gli Autori pertanto sono pregati, evidentemente anche nel loro stesso interesse, di fornire tale loro contributo bibliografico, ma di esso potrà essere tenuto conto solo alla condizione che pervenga insieme con la copia della pubblicazione che deve essere rimessa al Consiglio Nazionale delle Ricerche nei modi e nei termini fissati dall'art. 5 del R. D. Legge 23 ottobre 1927, n. 2105.

Le pubblicazioni, siano libri, siano fascicoli di riviste, devono essere inviate al più presto, appena stampate, all'indirizzo: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Ministero della Pubblica Istruzione - Viale del Re, Roma.

Le richieste e le prenotazioni relative alla Bibliografia Scientifico-Tecnica Italiana debbono essere indirizzate alla Casa Editrice Nicola Zanichelli, Bologna.

La Bibliografia sarà redatta ed uscirà in Bollettini periodici, i quali costituiranno 11 raccolte o fascicoli, che saranno poi completati alla fine di ogni annata col frontespizio e con gli indici.

Ogni Bollettino sarà formato dalle pagine bibliografiche numerate progressivamente per ogni annata, da una copertina provvisoria in carta colorata, portante, davanti, la dicitura che figurerà poi nel frontespizio del fascicolo annuale e, nell'interno, la prima grande classificazione del gruppo, o dei gruppi, ai quali il Bollettino si riferisce. Potrà inoltre anche avere pagine destinate alla pubblicità.

Tutti i Bollettini saranno del formato 17×24 ½ cm.; il numero delle pagine bibliografiche del Bollettino mensile, comprendente le pubblicazioni del gruppo 7° (secondo la classificazione internazionale degli argomenti: biologia, antropologia, botanica, zoologia, anatomia, fisiologia, igiene, medicina, farmacia, patologia, veterinaria) e quello delle pubblicazioni elencate, da fondati calcoli risulteranno i seguenti: numero di pagine 32; numero delle pubblicazioni 700.

I diversi modi di utilizzazione della pubblicazione sono i seguenti:

1) Abbonamento annuale ad uno o più Bollettini in uno o più esemplari.

2) Abbonamento annuale ad uno o più Bollettini in uno o più esemplari, con diritto ad avere i frontespizi e gli indici relativi alle raccolte annuali.

3) Abbonamento annuale ad uno o più Bollettini in fogli staccati e stampati su una sola faccia.

4) Prenotazione di una o più raccolte o fascicoli annuali, già completi di frontespizi ed indici, legati in brochure.

5) Riproduzione su Periodici, di parte o di tutto il testo bibliografico di uno o più Bollettini, a condizioni da convenire, con impegno annuale e con obbligo di citazione della provenienza.

La Casa Editrice non ha ancora fissato i prezzi degli abbonamenti dovendo questi essere in relazione con il numero degli abbonamenti e l'entità delle concessioni ed anzi, per un primo sondaggio della diffusione che potrà avere la pubblicazione, la Casa prega gli interessati di far sapere al più presto, senza che per essi l'indicazione costituisca alcun impegno, il numero approssimativo di abbonamenti che penserebbero di assumere e quali concessioni di riproduzioni desidererebbero avere. La pubblicazione decorre dal 1° gennaio 1928.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei Medici della provincia di Roma.

La Commissione amministratrice dell'Ordine, esaminato l'elenco dei medici iscritti all'Albo i quali non hanno ancora corrisposto il contributo di L. 20 per l'anno 1927, ha deciso di concedere loro un'ulteriore proroga fino a tutto il 30 giugno prossimo, con riserva di procedere dopo tale data alla cancellazione dei sanitari ancora inadempienti.

I versamenti possono essere fatti nel conto corrente dell'Ordine, n. 1/2609, presso qualsiasi Ufficio Postale del Regno.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Amministrazione Provinciale.* — È nuovamente aperto il concorso ai posti medico coadiutore e assist. sez. med.-micrograf. nel Laborat. provinc. d'igiene e profilassi. Coadiut., stip. lire 12,000, serv. att. L. 2040, 12 % proventi Sezione; assist. L. 10,000, L. 1700 e 10 %. Scad. ore 17 del 30 giugno. Chied. manifesto Segreteria provinciale.

BASSANO VENETO. *Ospedale Civile.* — Assistente med. chir. Chiusura 9 giugno.

BENEVENTO. *R. Prefettura.* — Uff. san. consorzio S. Giorgio la Montagna e altri 3 Com., ab. 11300, superf. 21500 ha. circa; L. 5000 iniziali oltre L. 2000 trasp.; doc. a 3 mesi dal 1° mag.; titoli ed esami; chied. annunzio; scad. 45 gg. dal 1° maggio; tassa L. 50.20.

BOLZANO (*Trento*). — Previa revoca precedente concorso, è stato bandito nuovo concorso a direttore Dispensario celtico presso l'Ospedale. Ferme rimanendo altre condizioni, è stato tolto l'obbligo di produrre il diploma di specialità in clinica dermosifilopatica ed è fissata in 5 anni la durata della prima nomina e delle conferme. Rivolgersi al Podestà. Scad. 20 giu.

CARPI (*Modena*). *Ospedale Congregazionale B. Ramazzini.* — Medico chirurgo radiologo; L. 5000, c.-v., 10 % indenn. supplement., 40 % introiti.

CASTEL DI LAMA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 15 giu.; L. 8500; addizion. L. 3 oltre il 25 % della popolaz. e L. 4 oltre i 1000 iscritti; indenn. laurea L. 500; trasp. L. 2700; 5 quadrienni dec.; tassa L. 50.20.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — Prima condotta; capoluogo; L. 9500 oltre L. 1520 se coniug., L. 680 se celibe, L. 3500 trasp., L. 500 uff. san., sei quadrienni dec.; riconosc. due quadrienni serv. ant. Scad. 25 giu.

COMACCHIO (*Ferrara*). — Per S. Giuseppe; lire 10.000 oltre L. 3000 assegno complement., lire 2500 cav. (in corso aumento a L. 3500); scad. ore 18 del 15 giu.; età lim. 35 (40) a.; tassa lire 50.05; docum. a 3 mesi dal 7 mag.

ELSANF (*Istria*). — Scad. 15 lug.; L. 8500 e 4 quadrienni dec.; riconoscim. servizi precedenti; L. 2000 obbligo mezzo trasp.; c.-v.; L. 1000 aumentabili se uff. san.; tassa L. 50.15.

FICAROLO (*Rovigo*). — Scad. 16 giu.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15; L. 8000 oltre L. 800 indenn. serv., L. 100-1500-3000 trasp., L. 400 ambulat., L. 500 uff. san.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Aiuto medico; L. 7050 e c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. poster. al 25 mag. (*sic*). Chiedere annunzio. Scad. ore 17 del 25 giu.

FORLÌ. — Scad. 15 giu.; per S. Martino in Strada; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 trasp.; età lim. 39 a.; tassa L. 50.

GUGLIONESI (*Campobasso*). — Scad. 25 giu.; L. 7000; quinquenni dec.; età lim. 39 a.

ISOLA DELLE FEMINE (*Palermo*). — Scad. 16 giu.; L. 9200 con eventuali minorazioni previste dal R. D. 29 dic. 1927 n. 2672; addizion. L. 5 oltre i 1000 pov.; 5 quinquenni dec.; L. 500 se uff. san.

LA SPEZIA. *Amministraz. Provinc.* — Assistente della Sez. medico-micrograf. e assistente della Sez. chimica del Laborat. Provinc. d'Igiene e Profilassi; titoli ed esami; a ore 12 del 15 lug.; lire 10.000 oltre L. 2000 serv. att., c.-v., ricostruz. parziale carriera, riconoscim. benemerenze di guerra, eventuali premi di operosità. Richiedere bando.

LIVORNO. — Direttore Dispensario profilattico centrale « G. Bandi »; L. 14.000 e 4 quinquenni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.05. Dom. e doc. alla Segreteria del Consorzio (palazzo Provinciale), via Goldoni 5.

MATERA. *Ospedale Civile Vitt. Em. III.* — Primario chirurgo direttore; L. 20.000 e 40 % proventi. Primario med.; L. 12.000. Assistente medico radiologo gabinettista; L. 8000 e 40 %. Due assistenti chirurghi; L. 6000 e 10 %. Scad. 30 giu. Età lim. 45 a. per i primarî, 40 per gli assist. Tassa L. 50.10. Doc. a 3 mesi dal 16 mag. Serv. entro 15 gg. Rivolgersi alla Congregaz. di Carità.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Assistente dell'Ambulatorio Comunale Oftalmoiatrico per i bambini delle scuole e i poveri del Comune, gestito dal Consiglio Ospitaliero; nom. annuale, conferme biennali; scad. ore 16 del 9 giu.; docum. all'Ufficio di Protocollo (via Ospedale 5); tassa lire 50; serv. entro 15 gg.; età lim. 39 a.; chied. annunzio.

MUSSOLENTE (*Vicenza*). — Scad. 15 giu.; L. 8000 oltre L. 1200 serv. att., c.-v., indenn. trasp., indennità uff. san.

PAESANA (*Cuneo*). — Scad. 19 giu.; per Santa Maria; L. 8000 con le riduzioni di legge.

PALERMO. *Consorzio Antitubercolare della Provincia.* — Direttore sanitario; L. 18.000 e 5 quadrienni dec.; serv. att. L. 6000; c.-v.; scad. ore 18 del 10 lug.; età lim. 45 a. al 18 mag.; titoli ed esami (4 prove); chiedere annunzio.

PAMPARATO (*Cuneo*). — A tutto 15 lug.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15; doc. a 3 mesi dal 1° giu.; L. 10.000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san. Serv. entro 10 ott.

PERGOLA (*Pesaro Urbino*). — 3ª cond., per 9 fraz.; a ore 12 del 20 giu.; età lim. 40 a.; doc. a 6 mesi dal 1° mag.; L. 8000 oltre L. 3500 (rivedibili) cavalc., c.-v., addizion. L. 2 oltre i 500 pov. e L. 3 oltre i 1000, 5 quadrienni dec.; tassa L. 50.10; chied. annunzio.

PROGNO (*Verona*). — Scad. 20 giu.; L. 9000 oltre c.-v. di L. 1200, 4 quinquenni dec., L. 3000 cav., L. 600 uff. san.

REGGIO CALABRIA. *Amministrazione Provinciale.* — Concorsi nel Laborat. Provinc. d'Igiene e Profilassi; vedi fasc. 21; scad. 22 giu.

Direttore Sanitario del Brefotrofio; L. 5000 (*sic*) e quadrienni decimo fino a L. 7000, c.-v.

SALSOMAGGIORE (*Parma*). — 3ª condotta; proroga al 31 lug., ore 18.

SEMINARA (*Reggio Cal.*). — Scad. 40 giorni dal 18 mag.; L. 6000 (*sic*) e 4 quadrienni dec., oltre L. 2500 cav. Doc. a 3 mesi. Età lim. 45 a. Tassa L. 50. Le condotte sono due.

TRAPANI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Castelvetrano; L. 9000; 3 quadrienni e 3 quinquenni di L. 800; ab. 30.492; ha. 23.778; età lim. 45 a.; tassa L. 50.10; titoli ed esami. Scad. 30 giu.

TREVISO. *Deputazione Provinciale.* — Il concorso a direttore della Sezione medico-micrograf. del Laboratorio Provinc. d'Igiene e Profilassi è nuovam. prorogato a tutto il 15 lug.; lo stip. iniziale, di L. 15.800 verrà elevato, salvo le approvazioni di legge, a L. 18.960, ferme restando le altre condizioni.

TRIPOLI. — Direttore Dispensario Antitubercolare; L. 14,000 e 5 quadrienni dec., oltre indenn. resid. eguale a metà stipendio; se conoscenza lingua araba L. 1000; scad. 15 lug.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15; deposito reperibile di L. 1000; chied. annunzio; rivolgersi al Municipio.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Il concorso per il posto di aiuto della Divisione Chirurgica II è sospeso e rinviato ad epoca da destinarsi per coordinarlo ad altro concorso analogo.

VERONA. — Scad. 30 giu., ore 16; 3 condotte; L. 8000 e 9000; 4 quadrienni; serv. att. L. 1400 e 1700; c.-v.; trasp. L. 1000-3000 per due delle condotte; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 20 mag.; tassa L. 50.10; chied. annunzio; serv. entro 15 gg.

VIARIGI (*Alessandria*). — Scad. 30 giu.; L. 7000 (*sic*), oltre L. 500 (*sic*) trasp., eventualm. L. 500 uff. san.

VOLPEDO (*Alessandria*). — Scad. 10 giu.; consorzio; L. 7000 (*sic*) e 4 quinquenni dec., oltre L. 2200 trasp., L. 700 uff. san.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Con decreto-legge del 7 agosto 1925 il Ministero della P. Istruzione istituiva presso le Università e le R. Scuole d'Ingegneria dei corsi di perfezionamento riguardanti materie di cultura militare. Tra questi era compresa la Traumatologia di guerra. Con successivo decreto del 1° marzo 1926 lo stesso Ministero bandiva un concorso a premi di lire diecimila ciascuno per lavori da servire di utile guida ai docenti incaricati di detti corsi. Il premio per la Traumatologia di guerra è stato assegnato al gen. medico prof. Salvatore Salinari, libero docente di Clinica chirurgica, il cui lavoro, a parere della Commissione giudicatrice, presieduta dal prof. Riccardo Dalla Vedova, titolare della cattedra alla Università di Roma, fu ritenuto corrispondere pienamente alle finalità del concorso. (Boll. Uff. del Min. della P. Istruzione del 22 marzo 1928, p. 823).

Il dott. Fabrizio Peccerillo di Napoli ha conseguito la libera docenza in patologia speciale chirurgica.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso internazionale di Talassoterapia.

Si è inaugurato il 23 maggio a Bucarest, il V Congresso internazionale di talassoterapia, alla presenza dei ministri Angelescu ed Inculet, di scienziati e di altre personalità.

Il ministro della sanità, Inculet, ha pòrto ai congressisti il saluto del Governo romeno.

Il capo della delegazione italiana sen. Maragliano ha ringraziato ed ha salutato a nome del Governo italiano rendendo omaggio alle alte qualità dei medici e del popolo romeno.

Convegno italiano di Talassoterapia.

Nei giorni 24-25 giugno avrà luogo a Rimini la seconda riunione di Talassoterapia dell'Associazione medica italiana di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica. Il tema all'ordine del giorno, è: « Norme per lo studio delle caratteristiche climatiche delle nostre spiagge »; relatore prof. Ceresole di Venezia.

Chi desidera fare comunicazioni deve inviare il tema e un breve riassunto prima del 18 giugno al prof. Silvestrini, Corso di Augusto, 69, Rimini.

La tassa d'iscrizione è di L. 25 per i non iscritti all'Associazione, da versare allo stesso prof. Silvestrini.

Corso complementare d'igiene pratica.

Si terrà presso il R. Istituto d'Igiene di Padova per aspiranti ufficiali sanitari, a partire dal 15 maggio, per la durata di due mesi; tasse complessive L. 395,70; modalità consuete.

Corso di perfezionamento in Otorinolaringologia.

Il prof. Portmann, coadiuvato da altri colleghi della Facoltà di medicina di Bordeaux, dal 2 al 14 luglio dirigerà un Corso di perfezionamento in Otorinolaringologia.

Per le modalità ed il programma chiedere informazioni alla segreteria della Facoltà Medica di Bordeaux.

L'Opera invalidi di guerra.

Il sen. Lustig, presidente dell'Opera Nazionale Invalidi di Guerra, il vice presidente comm. Nicolodi, cieco di guerra, ed il direttore generale comm. Caravaggio hanno presentato all'on. Mussolini un elegante volume contenente la dettagliata relazione della benefica attività svolta in dieci anni dall'Opera, attività spiegata a favore di oltre duecentosessantaquattromila invalidi, di cui undicimila appartenenti all'ex Impero austro-ungarico, quindici al Risorgimento e trecento fascisti invalidi per la Causa nazionale.

Tale relazione illustra ampiamente le varie forme di assistenza sanitaria, protetica e sociale che l'istituzione svolge a favore degli invalidi e dei mutilati; e le altre forme di attività, come: mutui agrari, collocamento degli invalidi, ecc. Particolarmente notevole è la parte riguardante la

assistenza sanitaria, perchè — per iniziativa dell'Opera — vennero da tempo istituiti i sanatori antitubercolari di Arco e di Ancarano d'Istria, mentre sarà quanto prima aperto ad Aspromonte il primo sanatorio antitubercolare del Mezzogiorno, costruito esclusivamente con mezzi dell'Opera.

A Mussolini è stata anche offerta una medaglia d'oro, in ricordo del decimo annuale della fondazione dell'Opera. Una uguale medaglia ed una copia della relazione sono state offerte anche al Sottosegretario alla Presidenza on. Giunta e saranno anche offerte al Segretario del Partito on. Turati.

Il Capo del Governo ha molto gradito l'omaggio, e si è vivamente compiaciuto dell'opera assistenziale che la nobile istituzione svolge con illuminata efficacia.

L'Opera della Croce Rossa Italiana in Albania.

Il Presidente della Repubblica Albanese ha ricevuto in visita di congedo gli ufficiali della missione della Croce Rossa Italiana che si è prodigata per cinque mesi in fraterna assistenza alle popolazioni del nord Albania colpite dalla dura carestia.

Il Presidente ha tenuto ad esaltare l'opera della Croce Rossa Italiana.

La missione ha distribuito 235.000 chili di farina, 145.000 scatole di carne, 5.500 paia di scarpe, 94.000 metri di tela, 23.000 coperte, mille mantelle oltre a centinaia di quintali di generi varî.

La popolazione ha molto apprezzato l'atto generoso che il Governo Italiano ha compiuto attraverso la benefica opera della Croce Rossa.

L'Ospedale Italiano di New York.

L'attuale Ospedale Italiano di New York, collocato tra la Eighty-Third Street e la East River, è stato venduto per 1.200.000 dol., pari a 20 milioni di lire it. Un nuovo ospedale, per 225 letti, verrà edificato in altra località; esso dovrà essere pronto per il 1° ottobre 1929.

Ingombro degli ospedali a Parigi.

In vista del grave ingombro prodottosi negli ospedali di Parigi e che è in larga misura determinato da malati delle provincie e stranieri, il presidente della 5ª Commissione del Consiglio Municipale di Parigi, A. Rendeu, aveva proposto al ministro del lavoro e dell'igiene, A. Fallières, di costituire una Commissione internazionale che prendesse in esame la convenienza di tassare i malati stranieri; ma il ministro si è opposto perchè i trattati stipulati con molte Nazioni non lo consentono.

Un'altra proposta del Rendeu invece è stata accolta e troverà esecuzione immediata: l'accertamento dei posti disponibili negli ospedali delle provincie e l'invio, in questi ospedali, dei cronici e dei malati trasportabili che non sono nati a Parigi o che non vi dimorano da almeno dieci anni: essi costituiscono incirca un terzo dei ricoverati.

Atto munifico di un medico.

Il dott. Salvatore Marino, chirurgo primario all'Ospedale italiano di Buenos Aires, ha elargito cinquantamila lire a beneficio della R. Università di Bari che viene considerata quale una testa di ponte della coltura italiana su la via dell'Oriente. La notevole somma dovrebbe servire alla costituzione di un premio annuo per il miglior lavoro in chirurgia presentato dai giovani laureati di quella Università.

Il Consiglio Amministrativo Universitario, accettando il munifico dono, ha votato in una recente seduta un plauso e un ringraziamento all'egregio donatore.

Movimento demografico in Francia.

Dai dati riassuntivi del movimento di popolazione in Francia per l'anno 1927 risulta continuativo il fenomeno della decrescenza delle nascite. Infatti nel 1927 i nati vivi furono 741.708 contro 766.266 del 1926. Si ha tuttavia miglioramento della bilancia complessiva della popolazione, dovuto a diminuzione delle morti, che nel 1926 furono 713.458 e 676.666 nel 1927; cosicchè l'eccedenza delle nascite sulle morti, da 52.808 nel 1926, è salito a 85.042 nel 1927.

Si ha da registrare diminuzione dei matrimoni: da 346.126 nel 1926, sono stati 337.863 nel 1927.

Campionamento dei termometri clinici.

I produttori e i commercianti di termometri clinici e gl'istituti ospedalieri che ne fanno maggiore impiego negli Stati Uniti, hanno tenuto, il 30 marzo, a Washington, una conferenza per stabilire il minimo di requisiti cui i termometri suddetti devono soddisfare. Le nuove norme andranno in vigore il 1° ottobre 1928; ma ai produttori si lascia tempo fino al 30 marzo 1929 per smerciare le attuali riserve.

Tra l'altro, è stabilito che la graduazione va fatta almeno quattro mesi dopo aver chiuso il termometro, cioè dopo il periodo di contrazione al vetro; che la scala deve andare almeno da 35 a 41° C., ovvero da 96 a 106° F.; che la divisione dev'essere fatta in decimi per la scala Celsius e in doppi decimi per quella Fahrenheit; che l'escursione dev'essere di almeno un pollice (centimetri 2,5) per ogni 5,5 gradi C. o per ogni 10 gradi F.; che tutti i termometri clinici devono essere accompagnati da un certificato; ecc.

Aumenti di stipendio ai professori universitari.

La Columbia University di New York ha elevato gli stipendi dei professori nella seguente misura: per professori assistenti lo stipendio base è portato da 2400 a 3600 dollari; per i professori associati da 4500 a 5000 ed è stabilito uno stipendio base di 6000 in casi speciali; per i professori titolari lo stipendio base è portato da 6000 a 7500 e sono stabiliti anche stipendi base di 9000 e 12.000 per professori di eccezionali meriti: l'ultimo stipendio corrisponde a 200.000 lire it.

Giornale medico ebraico.

Ha iniziato le pubblicazioni a New York il giornale « Hebrew Physicians », il solo che si pubblichi in ebraico fuori della Palestina. È diretto dai dottori Moses Einhorn e Asher Goldenstein. Una sezione è consacrata alla nuova terminologia medica ebraica. Qualunque medico vi abbia interesse può comunicare con l'ufficio redattoriale: West Eighty-Sixth Street 286, New York.

Il prof. McCallum.

Il ritiro del prof. A. B. McCallum dalla cattedra di biochimica nella McGill University, segna la fine di una brillante carriera scientifica e didattica, durata più di mezzo secolo.

Alla lezione di chiusura, che ebbe luogo alla fine di marzo, il valoroso sperimentatore e insegnante ricevette molte attestazioni di rispetto e di stima.

Il McCallum si era occupato di fisiologia, volgendo il maggiore interesse al lato chimico dei problemi studiati. Nel 1906 venne istituita per lui la cattedra di biochimica all'Università di Toronto (Canadà) e la tenne fino al 1917. Nel 1920 fu nominato alla cattedra omonima della McGill. Gli succede ora il prof. James B. Collip.

In onore del prof. Rossier.

Compiono ora 25 anni da che il prof. Guillaume Rossier assunse la direzione della Clinica ostetrico-ginecologica dell'Università di Losanna.

In questa occasione la « Revue Médicale de la Suisse Romande » ha consacrato un denso fascicolo giubilare all'insigne Maestro.

Il fascicolo, di 224 pagine, contiene 26 memorie originali e una biografia, corredata di un ritratto dell'illustre Clinico, il quale ha saputo organizzare su larghe basi e con rara efficienza l'insegnamento della specialità.

Un volontario della febbre gialla.

L'Associazione Americana per il Progresso Medico ha donato un alloggio ad un vecchio il quale si era prestato agli esperimenti eseguiti a Cuba nel 1901 dalla Commissione diretta dal Reed. Egli vive ad Atlanta (Georgia) con una sorella; ha nome James Hildebrand e conta 73 anni.

L'Hildebrand si era offerto per essere sottoposto alle punture di zanzare infette; ma venne rifiutato, a causa della sua età già avanzata. Se non che, egli volle eseguire altre esperienze: dormì in un letto ove da poco era morto un malato di febbre gialla e si espose a svariati altri contatti do fornì una prova che la malattia non si comunica direttamente.

Una legge aveva già assegnato una pensione a questi volontari, nonchè alle persone che sono loro a carico.

Record di bassa mortalità.

Riceviamo:

Leggo sul « Policlinico » (N. 19) del 14 maggio 1928 che il record di bassa mortalità è stato raggiunto nel 1927 dal Comune di Zoppola, col 7,5 ‰.

Mi preme di comunicare che il mio Comune, di Borgo S. Siro (Pavia), ha avuto una mortalità molto inferiore, essendosi verificati 5 (cinque) soli decessi su una popolazione di 1160 abitanti.

Dott. CIRO JEZZONI.

Si è spento a 71 anni il prof. FÉLIX LAGRANGE, che fino allo scorso anno, quando fu raggiunto dai limiti d'età, tenne la cattedra di clinica oftalmologica all'Università di Bordeaux. Proveniva dall'Esercito e prima di consacrarsi alla oftalmologia era stato un valente chirurgo generale. Ha recato notevoli contributi alla specialità, ma va sovratutto segnalata la sua operazione dell'irido-sclerectomia per la cura del glaucoma cronico: essa ne ha fatto un benemerito dell'umanità. Lascia anche alcune opere apprezzate: il « Précis d'Ophtalmologie », il « Traité des tumeurs de l'oeil et de l'orbite », l'« Atlas d'Ophtalmoscopie de guerre »; diresse con Valude l'« Encyclopédie française d'Ophtalmologie », in nove volumi.

R.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Febbraio 1928.

MALATTIA	30 genn. 5 febb.		6-12		13-19		20-26	
	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi
Morbillo	336	2719	324	2859	350	3339	353	2896
Scarlattina	139	329	138	342	170	397	157	327
Varicella	121	312	126	426	126	336	110	370
Vaiuolo e Vaiuoloide .	2	2	2	2	2	2	2	2
Tifo addominale . . .	189	355	203	360	211	395	178	321
Dissenteria	2	2	4	6	1	1	1	1
Difterite e croup . .	266	439	283	469	271	496	255	439
Meningite c. s. e. . .	4	6	8	8	6	6	5	5
Poliomielite a. a.	5	5	12	12	9	9	6	6
Encefalite letargica .	4	4	6	6	6	7	9	9
Rabbia { morsicati . .	56	73	56	81	64	98	39	10
Rabbia { dichiarata . .	—	—	—	—	—	—	—	—
Pustola maligna . . .	16	16	18	19	13	13	20	21

Tifo petecchiale, Colera Asiatico, Peste bubbonica: nessuna denunzia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Zeit. f. Tuberk., feb. — H. OEFFNER. Importanza della pleurite nello sviluppo della tbc. polm. — N. CHIARI e al. Ricerche sul B. C. G.

Lancet e Brit. Med. Journ., 18 feb. — H. WARING. I progressi della chirurgia.

Riv. di Patol. e Cl. della Tub., 31 gen. — P. L. PAMPIRIO. Relazioni fra resistenza individuale e formola ematica nella tbc. polm. — S. FLORIS. L'anatubercolina nella diagnosi e nella terapia.

Arch. di Antrop. Crimin. ecc., nov.-dic. — G. G. PERRANDO. Impotenza psichica o psicopatica, motivo di annullamento di matrimonio.

Wien. Klin. Woch., 16 feb. — DATTNER. Considerazioni neurologiche nel trattam. della sifilide.

Deut. Med. Woch., 17 feb. — POLAK. La febbre nella polmonite. — v. MALLINKRODT. Manifestazioni meningoencefalitiche post-vaccinali.

Münch. Med. Woch., 17 feb. — DÖLLKEN. Terapia e patologia dell'emicrania. — SPIETHOFF. Deviazione a sinistra dei neutrofili nella malaria d'inoculaz.

Levante Médico, gen. — B. DE MEDINA e N. CALVIN. Atrofie cutanee non sintomatiche o secondarie.

Paris Méd., 18 feb. — Numero sulle malattie respiratorie.

Medic. Ibera, 18 feb. — M. J. MA. DE VILLAVERDE. Fenomeni neuritici da chinina.

Pathologica, 15 feb. — A. LISO. Gemmazioni normotipiche dal meristena di un tumore sperimentale. — V. NICOLETTI. Infiammazione ipergica. — G. CLEMENTI. Autoemoterapia nel processo di guarigione delle fratture.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI, Red. resp.
Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXV — Roma, 11 Giugno 1928 — Fasc. 23

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CASSA NAZIONALE PER LE ASSICURAZIONI SOCIALI.
CONVALESCENZIARIO DI ASSO.

La funzionalità respiratoria misurata con la maschera di Pech nei convalescenti di malattie dell'apparato respiratorio

per il prof. EMILIO GIANI e dott. GASTONE TORELLI.

La cura convalescenziaria introdotta in Italia ad iniziativa della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, ha lo scopo di provvedere all'assistenza degli assicurati impiegati ed operai nel periodo di transizione fra lo stato di malattia ed il ripristino della piena salute.

I criteri che si seguono per l'ammissione e la dimissione dei convalescenti nel Convalescenziario di Asso, consistono quanto all'ammissione nel dare la preferenza ai convalescenti che hanno più bisogno di cure per la gravità della malattia sofferta e che presentano fenomeni tali da permettere una fondata presunzione di giovamento; quanto alle dimissioni, attuarle nei limiti delle possibilità solamente per i pazienti che si trovino in condizioni tali di essere al riparo di ricadute nel momento critico del passaggio dalla vita tranquilla e sorvegliata della Casa alla vita libera e di lavoro. È per questo che i ricoverati sono assistiti con rigore di metodo scientifico che permette di esercitare giorno per giorno mediante esami clinici e prove di laboratorio, il più efficace controllo sul decorso della convalescenza.

Fra i ricoverati nel 1926, un terzo circa erano convalescenti di malattie dell'apparato respiratorio; l'accertamento diagnostico e l'esame del processo evolutivo è stato sempre eseguito secondo un ordine sistematico di ricerche comprendenti l'esame anamnestico e clinico, l'esplorazione della temperatura, il saggio settimanale del peso corporeo, l'esame dello sputo.

Avendo i moderni studi di Pech e dei suoi allievi sulla funzionalità polmonare determinata con la maschera manometrica, messo in rilievo come la maschera di Pech misurando la portata (debit) respiratoria massima costituisca un sussidio diagnostico e prognostico di grande valore e permetta di seguire nello stesso individuo l'evoluzione di un dato processo morboso e controllare gli effetti degli interventi terapeutici, abbiamo voluto studiare la funzione respiratoria con la maschera di Pech nei convalescenti di malattie dell'apparato respiratorio e controllare così gli effetti delle cure che si praticano nel Convalescenziario

***

La maschera manometrica è un apparecchio misuratore della portata respiratoria ed ha per principio « la misura delle differenze di pressione che si stabiliscono fra le due facce di una sottilissima parete in cui è aperto un orificio sede del passaggio del gas ».

L'apparecchio molto semplice e facilmente trasportabile si compone di una maschera in comunicazione, mediante un tubo di caucciù, con un manometro molto sensibile; la maschera è di metallo nichelato sterilizzabile, munita di una guarnitura di caucciù (che si può gonfiare d'aria a volontà) che permette d'imprigionare la bocca ed il naso del soggetto aderendo esattamente contro i tegumenti del viso. Un nastro elastico che gira attorno alla nuca mantiene perfetta l'aderenza. Un condotto cilindrico fa comunicare l'interno della maschera con l'aria ambiente: questo condotto è chiuso, verso la sua parte anteriore, da una sottile parete, il centro della quale è forato da un orificio circolare di un diametro inferiore a quello interno del condotto. Al di sotto del bordo inferiore dell'orificio, è adattato un piccolo tubo che comunica da una parte con la faccia interna della lamina perforata dell'orificio, mentre dalla altra parte comunica con l'esterno: a questo capo si fissa un tubo di gomma in comunicazione col manometro. Il manometro ha una scala dove una lancetta segna i litri d'aria passanti per l'orificio spostandosi a sinistra dell'osservatore nell'inspirazione ed a destra nella espirazione. Il principio su cui si basa il funzionamento della maschera è il rapporto che esiste tra il volume d'aria che attraversa l'orificio dell'apparecchio e le variazioni di pressione che si verificano nel manometro.

Tecnica. — Il paziente che si presenta per la prova con la maschera manometrica, dev'essere libero da ogni impedimento che, costringendo il torace o l'addome, non gli consenta ampi atti respiratori: liberato così il paziente dagli impedimenti ad una regolare respirazione si deve tranquillizzarlo se è la prima volta che si sottopone all'esame, assicurandolo che nessun disturbo arreca la maschera e che questa ha un orificio tale da permettere un'ottima respirazione; al caso, se il paziente si mostra ancora intimorito davanti all'apparecchio, l'osservatore può, applicandosela egli stesso, dare la dimostrazione della innocuità della maschera e del modo con cui si deve respirare. Tranquillizzato il paziente che sarà seduto o coricato secondo le intenzioni dell'osservatore, si applica la maschera al viso frapponendo fra questo e la guarnizione un quadrato di garza che verrà cambiato per ogni paziente; si ferma la maschera per mezzo del nastro elastico che verrà allacciato con la fibia. Posto il manometro sopra un piano solido e messa sullo zero la lancetta, si può cominciare a misurare la portata respiratoria. Per ottenere la P. R. Massima, si fanno eseguire al paziente delle inspirazioni e delle espirazioni profonde, complete e rapide in modo che il paziente respiri con tutta la forza che gli è possibile; seguendo attentamente lo spostarsi della lancetta si arriva alla lettura dei valori ottenuti.

Se dopo quattro o cinque atti respiratori così fatti si ha motivo di credere che il paziente non ha raggiunto il massimo a cui potrebbe arrivare, prima di farlo respirare nuovamente con forza bisogna lasciarlo alquanto in riposo, perchè dopo qualche respirazione energica il valore della P. R. M. decresce.

***

Avendo voluto stabilire un punto di partenza e un termine di confronto per i nostri esperimenti su individui malati, abbiamo creduto fosse necessario da una parte raccogliere quanto s'era fatto prima di noi sui sani e d'altra parte esperimentare su individui in perfetta salute. Abbiamo scelto 16 individui: 8 donne e 8 uomini sani e abbiamo fatto varie osservazioni in diversi momenti fisiologici. Riputiamo inutile riferire qui singolarmente tutti i valori ottenuti tanto più che essi concordano perfettamente con quelli già pubblicati da Pech e ci limitiamo perciò a riprodurre per conto nostro le conclusioni e cioè, che:

La P. R. è influenzata nello stsso individuo da vari momenti fisiologici, quale il riposo, il lavoro, l'alimentazione, il caldo, il freddo, ma questa portata ha un valore massimo che è costante in ogni individuo e che costituisce la « portata respiratoria massima » e si ottiene facendo respirare il soggetto il più profondamente che può.

La P. R. M. in un uomo adulto sano, oscilla intorno ai lt. 3.500 tanto nell'inspirazione che nell'espirazione sia che il paziente sia sottoposto all'esame seduto come coricato. Non bisogna però attenersi scrupolosamente a questa cifra e considerare una deficenza respiratoria se la P. R. M. è di poco inferiore a lt. 3.500: deficienza respiratoria si ha quando la P. R. M. è inferiore a lt. 2.500; quando poi la P. R. M. in uno dei due tempi è inferiore a lt. 1.500 bisogna considerare il soggetto in esame come portatore di una lesione polmonare.

N. d'ordine	Nome	Età e sesso	P. R. M.			P. R. M.			Differenza		DIAGNOSI
			Data	Insp.	Espir.	Data	Insp.	Espir.	Insp.	Espir.	
					1° GRUPPO						
1	O. E.	46 m.	15-7	1.250	750	26-7	3.200	3.100	+ 1.950	+ 2.350	Sclerosi apicale
2	F. C.	24 m.	19-7	2.250	2.500	12-8	2.400	2.000	+ 150	— 500	Sclerosi polm. circ.
3	B. L.	47 m.	19-7	1.250	1.000	26-7	1.500	1.500	+ 250	+ 500	Bronchiolite
4	A. A	25 m.	19-7	2.750	2.250	3-8	3.800	3 200	+ 1.050	+ 950	Bronchiolite
5	P. E.	22 m.	26-7	2.000	1.500	3-8	1.800	1.500	— 200	—	Tub. fibro-caseosa lobo inf. sin.
6	B. E.	37 m.	26-7	2.200	1.500	7-8	2.500	2.000	+ 300	+ 500	Apicite
7	F. M.	24 m.	3-8	1.000	2.000	10-8	1.500	2.500	+ 500	+ 500	Bronchiolite
8	C. G.	25 m.	3-8	1.800	1.500	25-8	3.300	2.500	+ 1.500	+ 1.000	Adenopatia trach. bronc.
9	C. M.	32 f.	19-7	1.250	1.500	5-8	2.200	2.000	+ 950	+ 500	Sclerosi polm. circ.
10	B. R.	19 f.	19-7	1.250	750	5-8	2.500	2.000	+ 1.250	+ 1.250	Sclerosi polm.
11	Z. I.	28 f.	19-7	1.000	750	29-7	2.000	1.500	+ 1.000	+ 750	Sclerosi apice d.
12	B. V.	31 f.	21-7	1.200	1.200	9-8	1.250	1.000	+ 50	— 200	Broncoalveolite
13	C. E.	27 f.	10-8	1.100	1.500	13-9	1.750	1.700	+ 650	+ 200	Infil. lobo sup. sin.
14	C. M.	34 m.	12-8	1.100	1.800	24-9	1.250	1.750	+ 150	— 50	Broncoalveolite
15	B. A.	29 m.	21-8	3.400	2.800	2-9	4.000	3.500	+ 600	+ 700	Adenopatia trach. bronc.
16	G. I.	20 m.	15-7	900	1.000	26-7	3.500	3.000	+ 2.400	+ 2.000	Bronchiolite
17	G. L.	19 f.	6-9	2.250	1.900	20-9	2.500	2.000	+ 250	+ 500	Sclerosi apice sin.
18	V. M.	39 f.	6-9	1.300	1.500	19-9	1.300	900	—	— 600	Broncoalveolite d.
19	U. N.	29 f.	21-8	2.200	1.900	6-9	2.600	2.300	+ 400	+ 400	Insuff. resp. apice d.
20	P. M.	18 f.	20-7	1.800	1.500	29-7	2.200	1.800	+ 400	+ 300	Sclerosi circosc.
21	S. I.	19 f.	25-8	2.100	1.700	8-9	2.000	1.500	— 100	— 200	Broncoalveolite
					2° GRUPPO						
22	P. F.	21 m.	3-8	1.250	1.000	12-8	1.500	1.000	+ 250	—	Bronchite cronica
23	B. P.	39 m.	19-7	1.750	1.250	26-7	2.100	1.500	+ 350	250	Bronchite acuta
24	C. T.	29 m.	20-7	1.250	1.000	9-8	1 600	1.400	+ 350	400	Bronchite acuta
25	G. E.	21 f.	21-7	800	600	29-7	2.000	2.000	+ 1.200	+ 1.400	Bronchite
26	F. G.	24 f.	12-8	1.100	975	8-9	1.800	1.500	+ 700	+ 525	Broncopolmonite
27	B. P.	35 m.	2-9	2.200	2.000	13-9	2.500	2.000	+ 300	—	Broncopolmonite
28	D .L.	18 f.	12-8	1.000	750	25-8	1.100	750	+ 100	—	Asma bronchiale
29	A. V.	18 f.	6-9	2.000	2.000	20-9	2.300	2.100	+ 300	+ 100	Polmonite
30	R. A.	25 m.	26-7	2.500	2.700	5-8	3.000	3.000	+ 500	+ 300	Polmonite
31	O. E.	41 m.	26-7	2.000	2.000	3-8	2.500	1.750	+ 500	— 250	Bronchite
32	G. M.	31 f.	3-8	1.000	750	16-8	1.100	800	+ 100	+ 50	Asma bronchiale

Segue 2° gruppo :

N. d'ordine	Nome	Età e sesso	P. R. M.			P. R. M.			Differenza		DIAGNOSI
			Data	Insp.	Espir.	Data	Insp.	Espir.	Insp.	Espir.	
33	F. E.	27 m.	13-9	2.250	1.500	20-9	2.900	2.100	+ 650	+ 600	Polmonite
34	C P.	69 m.	13-9	800	500	24-9	950	600	+ 150	+ 100	Enfisema
35	Z. G.	37 m.	11-7	1.250	800	19-7	1.300	800	+ 50	—	Asma bronchiale
36	S. G.	38 m.	2-9	2.000	2.000	11-9	2 200	2.200	+ 200	+ 200	Polmonite
						3° GRUPPO					
37	G. S.	17 m.	19-7	2.000	2.000	12-8	3.300	3.000	+ 1.300	+ 1.000	Pleurite ess. sin.
38	C. M.	26 m.	26-7	1.750	1.500	3-8	1.750	1.750	—	+ 250	Pleurite secca sin.
39	P. M.	46 m.	13-9	1.750	2.100	24-9	2.500	2.600	+ 750	+ 500	Pleurite ess. destra
40	C. G.	28 f.	15-7	600	750	24-7	1.100	1.400	+ 500	+ 650	Pleurite secca bil.
41	G. P.	28 f.	15-7	750	600	24-7	1.500	1.500	+ 750	+ 900	Pleurite sin.
42	P. C.	30 f.	19-7	1.000	1.000	9-8	2.000	2.000	+ 1.000	+ 1.000	Pleurite ess. destra
43	R. P.	28 f.	19-7	1.750	1.750	29-7	2.500	2.250	+ 750	+ 500	Pleurite ess. destra
44	A. E	28 f.	29-7	1.000	750	9 8	1.100	800	+ 100	+ 50	Pleurite apicale
45	S. T.	37 f.	12-8	1.800	1.750	25-8	2.500	2.400	+ 700	+ 500	Pleurite ess. sin.
46	F. A.	21 f.	15-8	1.100	1.500	25-8	1.600	1.750	+ 500	+ 250	Pleurite secca
47	G. F.	28 f.	6-9	1.250	1.500	19-9	1.800	2.250	+ 550	+ 750	Pleurite ess. destra
48	S. O.	17 f.	13-9	1.100	800	20-9	1.100	1.200	—	+ 400	Pleurite secca
49	C. I.	35 f.	13-9	1.100	1.350	20-9	1.250	1.650	+ 150	+ 350	Pleurite secca
50	G. A.	33 f.	5-7	700	500	29-7	1.300	1.000	+ 600	+ 500	Pleurite apicale

***

Dovendo studiare quali modificazioni potevano venire apportate dalle lesioni dell'apparato polmonare sulla funzione respiratoria e quali esiti si avevano delle cure praticate nel Convalescenziario, abbiamo scartato gli individui che ci davano l'impressione di non respirare con tutte le loro forze, che presentavano lesioni rino-faringee e quelli che per aver folta barba o baffi non permettevano una assoluta aderenza della maschera. I nostri ammalati erano individui convalescenti di malattie dell'apparato respiratorio, nutriti con la razione propria a tale stato ed a temperatura costantemente normale. L'esame veniva fatto al mattino, il paziente a riposo da almeno mezz'ora, libero di ogni ostacolo, era sottoposto alla determinazione della P. R. M.

I risultati complessivi sono esposti nella tabella, nella quale il primo gruppo riguarda i convalescenti affetti da tubercolosi polmonare a tipo sclerotico nessuno con rialzi febbrili nè con l'esame dello sputo positivo per il bacillo di Koch; il secondo comprende convalescenti di malattie polmonari esclusa la tubercolosi (bronchite, polmoniti, asma); il terzo raccoglie i convalescenti di pleurite secca ed essudativa.

Dall'osservazione delle tabelle risulta che sopra 21 pazienti che compongono il I Gruppo, solo 3 (n. 5-18-21) presentarono costantemente una diminuzione della P. R. M., in altri 3 (n. 2-12-14) si ebbe una diminuzione solo in una fase dell'atto respiratorio e precisamente nell'espirazione. Negli altri 15, si ebbe un aumento della P. R. M. in ambedue gli atti respiratori, di questi: nove (n. 1-3-7-10-11-13-16-20) avevano la P. R. M. inferiore a lt 1,500 all'ingresso nel Convalescenzia-

rio, ossia erano portatori di una lesione polmonare manifestantesi oltre che dai segni clinici, anche con la maschera di Pech: dopo un soggiorno di circa un mese aumentarono la P. R. M. in modo di passare alla classe superiore (P. R. M./lt. 1,500); negli altri 6 (n. 4-6-8-15-17-19) che al loro ingresso in Convalescenziario presentavano solo asperità di respiro agli apici, si aveva diminuzione evidente della P. R. M. all'espirazione: in questi, la semplice cura d'aria, la permanenza per lunghe ore della giornata in veranda, valsero di per sè sole a portare benefici notevoli dimostrati dall'aumento della P. R. M. nella inspirazione e nell'espirazione e dallo stato della nutrizione generale che ha portato in tutti un buon aumento di peso.

Dei 6 che non ebbero aumento della P. R. M.: 3 (n. 2-5-21) avevano inizialmente la P. R. M. $\leq$ a lt. 2.500 e tali rimasero; gli altri 3 (n. 12-14-18) avevano inizialmente la P. R. M. di lt. 1.500, due di questi (12-14) ebbero una lieve diminuzione all'espirazione e obbiettivamente non si notò miglioramento nelle condizioni polmonari; nell'altro, il n. 18, la diminuzione all'espirazione fu abbastanza notevole (da lt. 1.500 a lt. 0.900) da imputarsi ad una *poussée* di un focolaio tubercolare durante la permanenza nel Convalescenziario.

Passando al II Gruppo che riguarda pazienti con forme polmonari croniche (bronchite cronica, asma bronchiale, enfisema polmonare) e convalescenti da malattie polmonari acute (bronchite acuta, broncopolmonite, polmonite) si rileva: negli esiti delle forme polmonari acute, notevole aumento della P. R. M. sia nell'inspirazione che nell'espirazione. Interessante è notare come questi convalescenti, che al loro ingresso in Convalescenziario presentavano insufficienza respiratoria accompagnata da astenia delle funzioni vegetative circolatorie e digestive, in seguito ad un trattamento metodico e progressivo di ginnastica respiratoria, ebbero in 15-20 giorni miglioramento della funzionalità respiratoria con ristabilimento perfetto delle condizioni di salute.

Nel terzo gruppo che comprende i convalescenti di pleurite abbiamo avuto in tutti un aumento della P. R. M., aumento che è stato veramente notevole nei convalescenti di pleurite essudativa sottoposti alla ginnastica respiratoria. Generalmente si considera guarito un pleuritico quando il versamento è riassorbito e non si riproduce, il processo è spento, ritornano l'appetito e le forze e l'ammalato è in grado di lasciare l'ospedale. « Ma guarire, come osserva il Forlanini, è reintegrare nello stato normale organo e funzione ed il pleuritico lascia l'ospedale con il torace deforme, con deformità anche più gravi degli organi circostanti al focolaio pleurico, con una inibizione alla funzione del polmone che è più o meno raggrinzato e aderente, di rado ricupera la stessa buona salute di prima: se ha bisogno del lavoro del corpo non vi può contare sopra come una volta; più tardi diventa con facilità tossicoloso ed enfisematico: se in epoca anche remotissima è colpito da una malattia di petto si trova in pessime condizioni di resistenza, ed infine e soprattutto, è un candidato alla tisi polmonare ».

Allo scopo di prevenire interamente o almeno di ridurre al *minimum* possibile i postumi della pleurite, questi convalescenti vengono sottoposti a metodici esercizi di ginnastica respiratoria (metodo del Pescher, ascensioni in montagna) che forzano la cassa toracica a dilatarsi, il polmone ad espandersi, che disturbano il lavoro di organizzazione e saldamento delle pseudo-membrane L'esito di queste manovre aeroterapiche è stato ottimo; i pleuritici così curati hanno acquistato in poco tempo forma di torace, mobilità di margini polmonari, portata respiratoria massima che non hanno avuto altri non sottoposti alla aeroterapia.

*
* *

Riassumendo, possiamo affermare che, in base allo studio della *portata respiratoria massima* nei convalescenti di malattie dell'apparato respiratorio da noi osservati, ci è sembrato notare:

1) che la P. R. M. è indipendente dalle dimensioni della cassa toracica, della capacità polmonare, del sesso. Nel soggetto adulto normale, la P. R. M. oscilla sui lt. 3.500 tanto nell'inspirazione che nell'espirazione: cifre inferiori a lt. 2.500 indicano una insufficienza respiratoria e sotto lt. 1.500 una lesione polmonare;

2) la maschera manometrica di Pech nel decorso della convalescenza di malattie dell'apparato polmonare permette di apprezzare lo stato funzionale del polmone. Nei casi di tubercolosi polmonare a tendenza sclerotica, negli esiti di polmonite e broncopolmonite, di pleurite venute a guarigione, l'aumento della P. R. M. è stata sempre la regola.

Parallelamente all'aumento della P. R. M. si è avuto un perfetto ristabilimento delle condizioni generali di salute (peso, tonicità, forza, ripresa della capacità lavorativa);

3) la determinazione della P. R. M. dà preziose indicazioni dal punto di vista prognostico delle malattie dell'apparato respiratorio, e permette di seguire l'effetto degli interventi terapeutici che si praticano per restituire gradualmente all'apparato respiratorio defedato la primitiva capacità.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE PSICHIATRICO PROVINCIALE
DI TRENTO IN PERGINE
Direttore: prof. ALBERTI.

Su un caso di tumore endo-rachideo.

Dott. FRANCESCO-MARIA DONINI.

In questi ultimi anni si è andata accumulando, nella letteratura neurologica italiana e straniera, e specie francese una notevolissima messe di esperienze e di dati sulla patologia da compressione e relativa chirurgia del midollo spinale.

Ciò devesi all'enorme ausilio che la tecnica moderna ha apportato alla clinica ed in particolare all'ardita introduzione nello studio radiologico del sistema nervoso centrale dei mezzi di contrasto per opera di Dandy (mezzo trasparente: aria) e di Sicard (mezzo opaco: olio iodato). Quest'ultimo autore, pur non intaccando l'intrinseco ed assoluto valore del preciso esame neurologico, non cessa di insistere sulla importanza che è venuto ad assumere per la diagnosi di sede e di natura e per le pratiche indicazioni chirurgiche dei fatti compressivi midollari, quello che egli chiama « Tripode biologico della diagnosi ». In esso raggruppa: 1) la sindrome rachidea da compressione (xantocromia, dissociazione albumino-citologica); 2) l'esplorazione radiolipiodolica degli spazi endodurale e epidurale a seconda delle necessità; 3) l'esatto studio radiologico della colonna vertebrale in varie norme e sotto precisi angoli di incidenza.

L'importanza di questo insieme di reperti balza evidente dalla ricchissima letteratura: nè essa viene infirmata dal verificarsi di qualche caso negativo, in cui cioè l'arresto del lipiodol può essere prodotto anche da delicate aderenze meningee. A detta di molti e specie del Sicard queste circostanze possono essere bene vagliate con una severa e sintetica valutazione dei tre reperti biologici sopraricordati, e con una esatta e lunga osservazione radioscopica del lipiodol nello speco vertebrale: alla stessa stregua che nell'esame del tubo digerente con pasti opachi si hanno rilievi spesso più importanti dalla scopia che dalla grafia. D'altro canto poi è attuale opinione di alcuni chirurghi che anche in questi casi di sintomatologia compressiva, sostenuta da adesioni meningee, non sia controindicato l'intervento, purchè beninteso si possa escludere un processo specifico (tubercolosi, sifilide).

Considerata la gravità e l'incertezza di qualcuno dei reperti rilevati nel caso venuto alla mia osservazione, non mi sembra inopportuno riferirne, limitandomi alla esposizione dei fatti (di per sè del resto eloquenti), come si addice alle finalità pratiche di questa rivista.

Si tratta di tal Lorenzo A., contadino, di anni 20, di Cles (Val di Non). Nulla nell'anamnesi famigliare all'infuori di un sospetto di tubercolosi nel padre. Fu sempre sano. Ai primi di marzo c. a. influenza: guarito tornò al lavoro. Il giorno 25 dello stesso mese si svegliò con forti dolori alla schiena, verso l'osso sacro: fatto qualche passo, i dolori cessarono permettendogli qualunque movimento. Poi essi aumentarono, tantochè il 29 passò la notte su una sedia, perchè il decubito dorsale esacerbava i dolori, che si irradiavano ai fianchi, a cintura. Essi scomparirono con una cura diaforetica, per ripresentarsi poco tempo dopo a crisi con insopportabile intensità e con diffusione anche alle gambe, mentre si presentavano disturbi della motilità agli arti inferiori, tantochè verso la metà del maggio l'a. decise di ricoverarsi nel riparto chirurgico (primario dott. Gilli) dell'Ospedale di S. Chiara in Trento. Il 20 dello stesso mese, si constatò: costituzione gracile, abito longilineo, pannicolo adiposo scarsissimo, addome a barca. All'apparato respiratorio banale bronchite diffusa: nessun segno di lesione specifica: esame dell'espettorato negativo per il bacillo di Koch. Null'altro a carico dei visceri toraco-addominali.

Notevolmente sporgente l'apofisi spinosa della prima vertebra lombare, che è anche un poco dolente alla percussione ma non alla pressione. Una certa rigidità di tutta la colonna vertebrale: premendo lungo il suo asse si provoca alla regione sacrale vivo dolore che si irradia alle ali del bacino. Nervi cranici integri. L'a. limita i movimenti del capo e del tronco perchè essi risvegliano i dolori al sacro. Nulla agli arti superiori. Tutta la muscolatura è leggermente e simmetricamente ipotonica.

Nelle prime settimane di malattia sembra abbia avuto un rilassamento dello sfintere anale, in seguito accusava il bisogno di defecare e durante l'atto era vigile e attivo: la minzione però è ora un poco difficoltata. L'a. non può stare in piedi: appena ci sta se sorretto alle ascelle da un infermiere. In questa posizione può sollevare a comando gli arti inferiori, ma i piedi ciondolano. Anche quando l'a. giace in letto gli arti inf. sono abbandonati. I piedi ciondolanti con marcata concavità plantare più accentuata a destra. Piede destro ruotato all'interno. La motilità attiva è assai ridotta ma più a destra. L'a. riesce con stento e strisciando il calcagno sul piano del letto a flettere parzialmente l'arto: non riesce assolutamente a sollevare gli arti estesi. Possibile, ma limitata la flessione dorsale e la rotazione interna del piede, e la flessione dorsale dell'alluce. Tutta la musculatura degli arti inf. è ipotonica per quanto con minuta analisi si riesca a mettere in evidenza, nella posizione supina e di riposo del corpo, che i muscoli estensori dell'arto destro sono leggermente più tonici dei medesimi di sinistra. La motilità passiva non ostacolata: solo una lieve maggior resistenza a destra. Nulla di particolare sui riflessi del capo e degli arti sup. Agli arti inf. contrazione idiomuscolare più marcata a destra. Patellari, adduttori, achillei e Pietrowski assenti da ambo i lati. Cloni non provocabili.

Gli addominali sup. vivaci a sinistra, meno accentuati a destra. Non si riesce a provocare gli addominali inf. ed il cremasterico. Accenno di flessione plantare delle dita meno l'alluce a sinistra, assente il riflesso a destra. Tutte le manovre per provocare il Babinski riescono negative. Coordinazione dei movimenti non esaminabile agli arti inf. dato il difetto della motilità. Pallestesia diminuita alle spine iliache ant. sup., ancor più diminuita ai condili interni femorali, scomparsa ai condili esterni ed ai malleoli. Stereognosia e sensibilità specifica perfette. La sensibilità generale è normale a un dipresso fino alla linea circolare che passa a livello delle spine iliache ant. sup. Sotto di questa invece nel territorio delle radici lombari I, II, III, IV ipoestesia tattile bilaterale, più accentuata a destra, ipoalgesia ed ipotermia (caldo e freddo) bilaterali. Nel territorio delle radici V lombare e sacrali I, II. III, anestesia bilaterale, tattile, termica, dolorifica ed in quello delle IV e V sacrali, sensibilità normale, se si eccettua una leggera ipoestesia tattile nel territorio della IV.

Nessun disturbo nel trofismo cutaneo.

In conclusione paralisi flaccida nel territorio del plesso sacrale (escluso il m. tib. ant.) e ipo- e anestesia e areflexia nel territorio dei plessi lombare e sacrale.

L'esame radiografico (27 maggio) della colonna vertebrale fornì qualche rilievo ma incerto: la decima dorsale sembrava un poco ridotta di spessore e nelle norme laterali presentava qualche sbocconcellamento nel suo contorno e nel corpo una zona di rarefazione maldefinibile nei suoi limiti. Nulla di particolare ai dischi. Lo stesso giorno si eseguirono la puntura lombare e l'esplorazione radio-lipiodolica. La prima in decubito laterale dette esito ad alcuni cc. di liquor fortemente xantocromico, con marcatissima sindrome di Froin: albume quasi grammi 40 ‰ (acido nitrico), coagulazione spontanea e rapida, fortissima positività delle reazioni biologiche (Pandy, Nonne, Weichbrodt), 0.3 elementi bianchi piccoli per mmc. Si iniettò subito nello spazio endodurale un cc. di lipiodol ascendente (olio iodato al 40 per cento: a seconda della quantità dell'alogeno possiede un peso specifico maggiore o minore di quello del Liquor, e quindi è discendente o ascendente): esso si arrestò al limite inferiore della XII dorsale verso sinistra, come una massa piriforme col polo largo in basso: una più piccola macchia di lipiodol con la stessa forma è vicinissima alla prima un po' più in basso. Da una seconda puntura all'altezza dell'ottavo spazio dorsale si raccolsero 15 cc. di liquor limpido chiaro con il seguente reperto: spontaneo reticolo fibrinoso, albume 2 1/2 per mille, fortemente positive le reazioni biologiche, sei, sette elementi per mmc., reazione di Wassermann negativa. Un cc. di lipiodol discendente iniettato a questo livello, si arrestò, poco sotto al margine sup. della XI dorsale un poco verso sinistra. La massa opaca piriforme col polo largo in alto presenta al suo limite inf. un contorno parzialmente concavo verso il basso: qualche piccola goccia di lipiodol, riesce a passare lungo il margine sinistro del cavo rachideo fino a quasi al livello della massa del lipiodol ascendente. Tale reperto restò immutato tanto alla radioscopia che a varie radiografie eseguite in piedi od in decubito (figura 1: norma anteroposteriore con inclinazione dal capo verso i piedi: lipiodol ascendente e discendente).

Per l'esame clinico riusciva assai facile porre diagnosi di lesione trasversale incompleta a lento sviluppo dello epicono (V lombare, I e II sacrale), con compromissione del III segmento sacrale e delle radici dei soprastanti segmenti lombari.

Quale la causa? Si poteva senz'altro escludere l'ipotesi di una mielite infettiva e per i caratteri della febbre (durante la degenza ospedaliera qualche rialzo serale fino a 37.5) e perchè della malattia avuta precedentemente (influenza) era

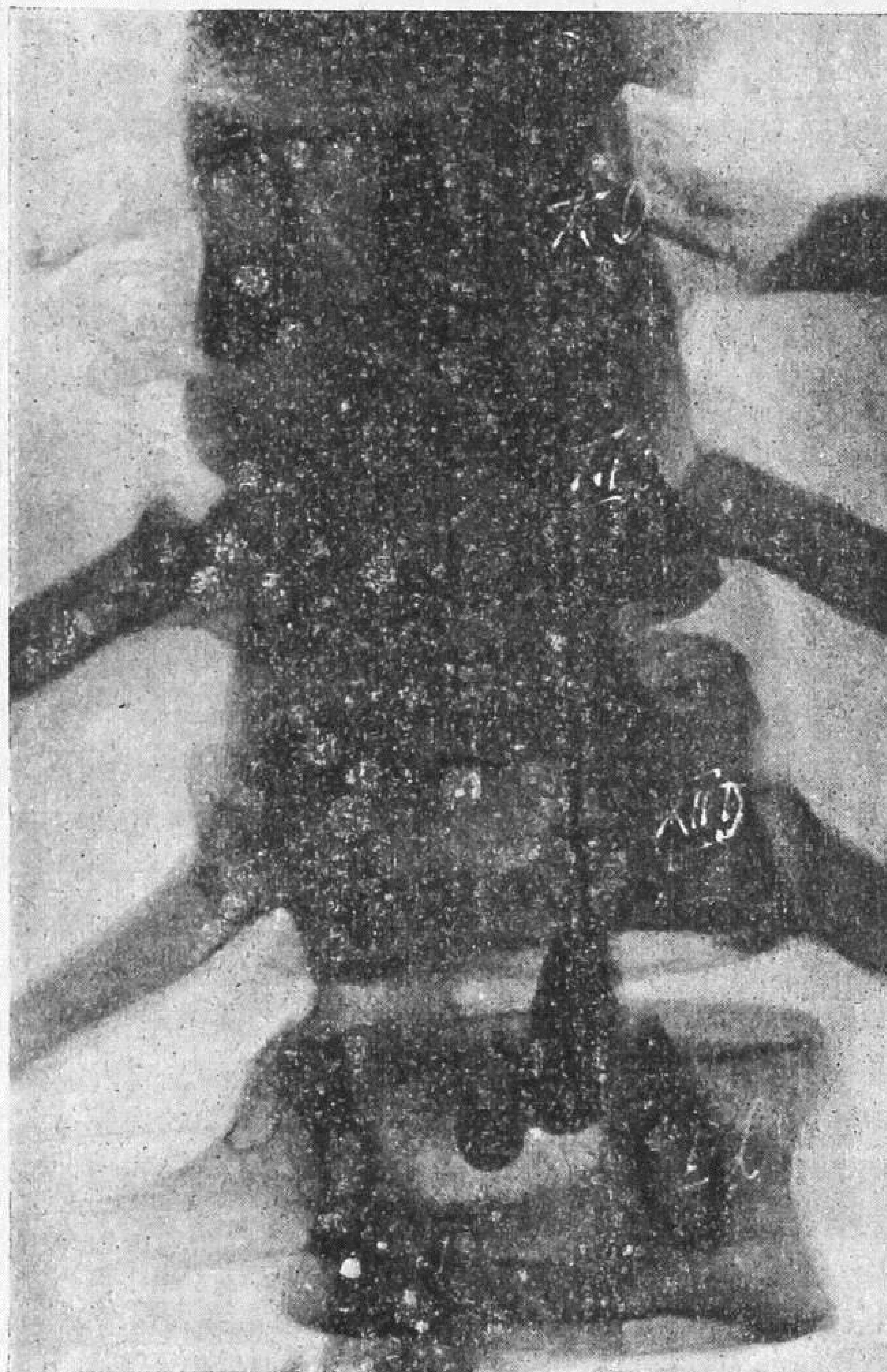


Fig. 1.

guarito bene: per la forma luetica avevamo poi la reazione di Wassermann negativa nel liquor, che escludeva anche la pachimeningite adesiva di egual causa. Poichè traumi non figurano nell'anamnesi nè si erano verificati e poichè più che una infiammazione primaria del midollo era evidente essere in gioco, per la grave sindrome biologica, una compressione midollare, si pensò si trattasse di un tumore extramidollare allogato nel cavo durale in corrispondenza dei corpi delle vertebre dorsali XI e XII ed accompagnato da reazione meningea che ne aumentasse la zona di blocco. In realtà erano in favore di questa natura e sede i seguenti fattori: i dolori, indice di compromissione radicolare ed il loro comporta-

mento e diffusione, la marcata sindrome di Froin, segno di completo blocco midollare, la dissociazione albumino citologica, e l'arresto del lipiodol discendente con linea concava verso il basso, caratteristica degli ostacoli endodurali, extramidollari.

Il raccogliersi poi delle masse opache più che altro verso sinistra faceva pensare che il tumore fosse allogato più verso destra e più su questa parte del midollo agisse, il che del resto andava d'accordo col reperto clinico. Così ci si rendeva anche ragione del come verso sinistra fra il midollo e la parete rachidea fosse scesa quella fila di goccie di lipiodol, costituendo una immagine che pur avendone qualche punto di contatto, si differenziava dalle tipiche simmetriche linee festonate che d'ambo i lati contornano il fuso midollare nei casi di tumore intramidollare.

Però non si poteva del tutto scartare che non fosse in gioco una compressione di natura tubercolare (ascesso, pachimeningite), sospetto che poteva essere avvalorato da queste circostanze: il rilievo radiologico, benchè incerto, sulla X dorsale: la notevole e diffusa rigidità della colonna vertebrale, e l'esagerarsi dei dolori col premere lungo il suo asse, la particolare sporgenza della apofisi spinosa della I lombare e la sua dolorabilità alla percussione, la febbricciattola serale e infine le considerazioni sull'abito longilineo del soggetto e sulla eredità paterna per quanto incerta.

Nè bisognava dimenticare che spesso vertebre tubercolari non si manifestano tali all'esame Röntgen e qualche volta il Pott può completamente simulare un tumore endodurale, tanto che è stata descritta anche una « forma pseudo neoplastica del male di Pott ».

Pur tuttavia militando la maggior parte delle considerazioni a favore del tumore si decise per l'intervento, eseguito magistralmente dal primario dottor Gilli il 30 maggio. Dopo anestesia locale novocainica laminectomia delle XI, XII, I. Modica emorragia delle parti molli e delle ossa: Sacco durale teso e congesto: incisione longitudinale di esso: rapida fuoruscita di liquor e di masse grassose (lipiodol) dalla porzione craniale. Divaricate le labbra dell'incisura durale si mette in evidenza, appoggiata posteriormente ed a destra del midollo, spingendo quest'ultimo contro la parete del cavo rachideo, una piccola massa tumorale, giallo grigiastra, globosa, prolungantesi in piccole masserelle lungo le radici. La neoformazione non adesa alla dura, si lascia staccare con facilità, restando intatta nella sua parte globosa e frammentandosi nelle porzioni aderenti alle radici.

Chiusura del sacco durale a tenuta perfetta, sutura a tutto spessore dei muscoli, sutura della cute. Guarigione per prima.

L'assai propizio intervento aveva quindi da un lato escluso ogni lesione specifica vertebrale e dall'altro pienamente confermato la natura e la sede extramidollare della causa comprimente. La mollezza della neoplasia e l'essere adesa in maniera quasi esclusiva ma lassamente alle radici ci rendeva ragione della particolare vivezza del sintoma dolore: difatti in ogni più piccolo movimento della colonna le radici non si spostavano in un tutto con il tumore ma venivano da esso confricate e stirate.

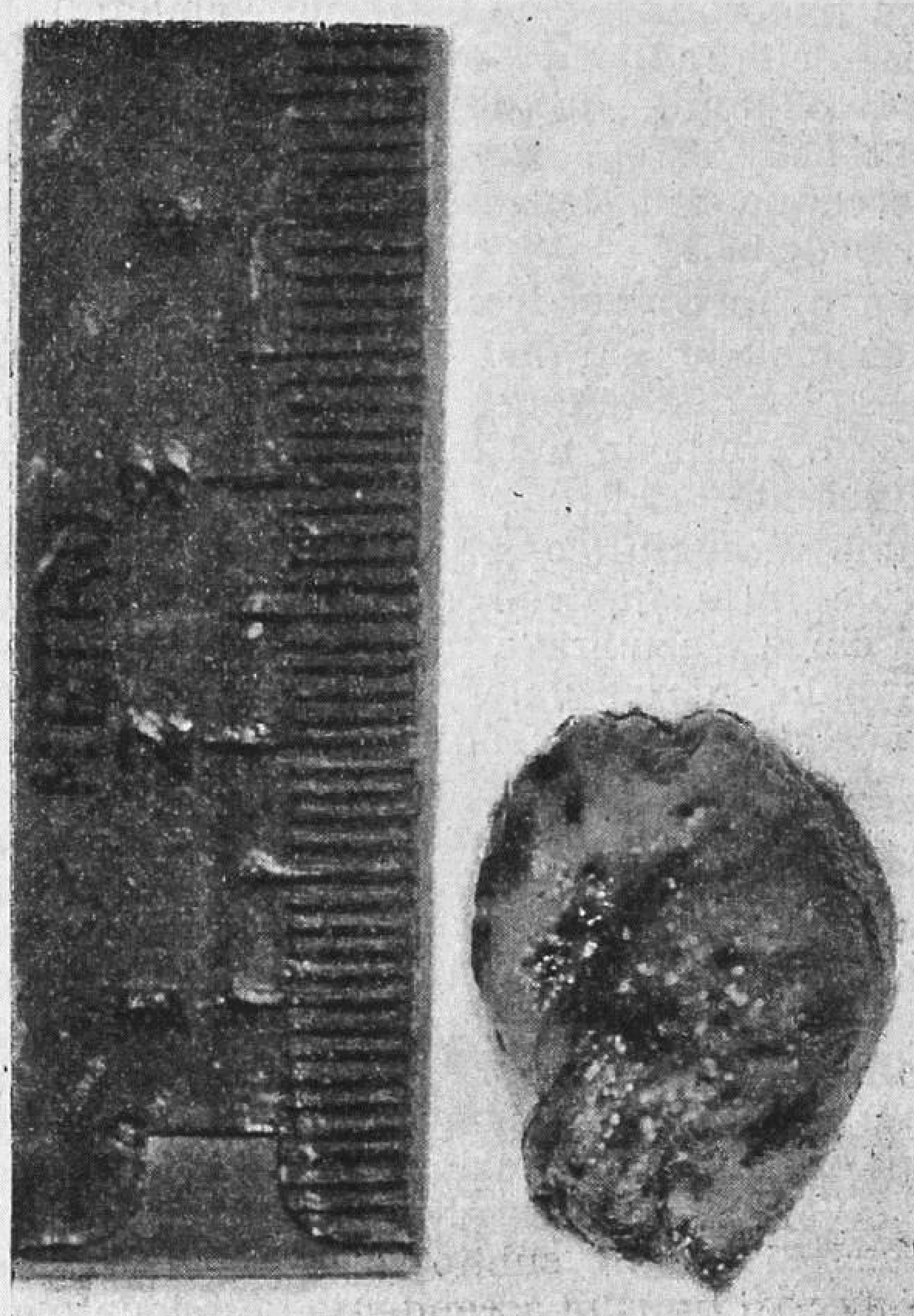


FIG. 2.

Il tumoretto alto poco più di 2 cm. nella parte globosa (fig. 2), del peso di poco più di 2 grammi con alcuni piccoli focolai emorragici presentò il seguente reperto microscopico: stroma scarsissimo, poche fibre collagene in vicinanza dei vasi capillari. Il parenchima è costituito da un intreccio fine e irregolare di fibre lungo le quali o nelle cui maglie trovansi numerose cellule rotonde poligonali o a tipo fibroblastico. Il contorno protoplasmatico di esse è per lo più mal definibile in quanto e protoplasma e prolungamenti che da esso si partono, si fondono col reticolo sopradescritto. Qua e là qualche piccola emorragia e piccola raccolta di sostanza amorfa. Questa ed il reticolo non assumono col V. Gieson il colore della sostanza collagena. Parte del tumore è degenerata e necrotica: in queste porzioni non si

trova che qualche residuo nucleare. Esso si palesò quindi per un neuroglioma molle.

L'ammalato risentì immediato beneficio: i dolori scomparvero subito e per il resto andò notevolmente e rapidamente migliorando.

Ora (26-9-1927) cammina anche senza bastone e stà riprendendo i lavori meno faticosi.

Persistono solo: andatura un po' atassica, riduzione della motilità a carico dei peronei e dell'estensore lungo dell'alluce a destra, modica diffusa atrofia e diminuzione della forza a sinistra, assenza dallo stesso lato del patellare e dell'achilleo.

La sindrome sensitiva, pur essendo nella sua intensità notevolmente migliorata, specie per quanto riguarda la sensibilità tattile, ha la stessa distribuzione.

La puntura lombare rieseguita in questi giorni, dando esito a liquor limpido e chiaro a forte pressione, conferma che il canale rachideo è completamente pervio. Si riesaminerà l'ammalato per constatarne le eventuali future modificazioni.

***

Colgo l'occasione per porgere vive grazie al gentile signor Primario Dott. Gilli per avermi concesso lo studio e la pubblicazione del caso ed al suo aiuto dott. Frizzera, cui devo gli esaurienti reperti radiologici.

Pergine, novembre 1927.

BIBLIOGRAFIA.

GUIZZETTI. *Trattato An. Patologica. Sistema nervoso.* U T. E. T.

O. FONTECILLA, M. A. SELPUVEDA. *Le liquide céphalo-rachidien.* A. Maloine.

ARTON G. *Sopra un caso di glioma emorragico del midollo spinale.* Rivista patologia nervosa mentale. Anno 1918.

B. RODRIGUEZ ARIAS e A. PINÒS. *Contributo allo studio radio diagnostico delle compressioni midollari.* Rivista patologia nervosa mentale. Anno 1924.

CLOVIS VINCENT et JEAN DARQUIER. *Sur la forme pseudoneoplasique du mal de Pott. De l'absence du Signe radiologique dans le mal de Pott de l'adulte.* Revue Neurologique 1925. Tome I pagina 100

G. GUILLAIN, TH. ALAJOUAINNE, PÉRISSONET PETIT DUTAILLIS. *Considérations sur la simptomatologie et le diagnostic d'une tumeur intrarachidienne de la région dorsale inferieure, opération et guérison complète.* Revue Neurologique 1925. Tome I pag. II.

I. A. SICARD et L. LAPLANE. *Diagnostic des tumeurs rachidiennes: forme pseudo-pottique, radiolipiodol.* Presse Medicale 1925 n. 3.

SICARD et HAGENAU. *L'image lipiodolé sous-arachnoidienne, en ligne festonné longitudinale, des tumeurs intramidullaires.* Revue Neurologique 1925. Tome I pag. 676.

WARTENBERG. *Beitrag zur Encephalografie und Mielografie.* Archiv für Psichiatrie B. 77 H. 4.

SICARD, HAGENAU, et WALLICH. *Compressions midullaires. Le trèpied biologique du diagnostic.* Revue Neurologique 1927. Tome II pag. 122.

O. CROUZON, PETIT DUTAILLIS, M.LLE BRAUN et GILBERT-DREIFUSS *Sur un nouveau cas de tumeur des méninges opéré après réperage radioscopique et radiographique par iniections de lipiodol en position verticale déclive.* Revue Neurologique 1927. Tome I pag. 236.

BAU-PRUSSAK et M. LUBELSKI. *Un cas de tumeur sur la surface antérieure de la moëlle lombaire opérée avec succès.* Revue Neurologique 1927. Tome II pag. 189.

OTTONELLO PAOLO. *Su alcuni moderni metodi di indagine delle affezioni del sistema nervoso centrale.* Rivista critica. *Il Cervello.* 1926, n. 5.

COMMENTI.

La diatermia delle ghiandole genitali in sostituzione degli innesti di Voronoff e dell'operazione del Doppler.

La mia nota dell'8 marzo pubblicata nel n. 17 del *Policlinico* (Sez. pratica) ha dato modo al chiaro prof. A. Cassuto di ricordare (n. 20 del *Policlinico*) interessanti esperienze sue e di altri autori italiani sulla simpatectomia chimica perivasale e di fare alcune considerazioni, alle quali rispondo in breve.

Io non ho difficoltà a concedere al prof. Cassuto che il fenolo possa esercitare una vera azione distruttiva sul simpatico, non diversamente dalla simpatectomia del Leriche.

Ma se questo è vero e se è vero che gli effetti dell'operazione del Doppler in taluni casi si sono esauriti nel corso di cinque mesi (tolgo le notizie da una relazione sintetica del dott. A. Clerici, 5 marzo u. s.) devesi inferire che, dopo un certo tempo dall'avvenuta distruzione del simpatico, la muscolatura liscia delle tonache arteriose possa riprendere il suo tono normale (e magari esagerarlo) con un meccanismo che, se è da chiarire nella sua essenza, non può essere nel fatto negato.

Il metodo diatermico non provoca certo la distruzione anatomica del simpatico, determina iperemia (forse con un riflesso che è essenzialmente un fenomeno di termoregolazione) ed agisce insieme per l'azione del calore penetrante come tale e delle oscillazioni proprie dell'alta frequenza.

Iperemizzandosi in corrispondenza al luogo ove sia sottoposto ad un aumento di calore, l'organismo non fa che aumentare la superficie irradiante, attingere maggior copia di sangue a temperatura normale ed asportare maggior copia di sangue riscaldato verso i punti meno caldi.

L'intensità e la durata di questo fenomeno è, sino ad una certa soglia, funzione della temperatura, del modo, della durata, e degli intervalli delle applicazioni.

Come avvenga nell'intimo questo fenomeno di termoregolazione non è, credo, compiutamente esplicato. Quello che è certo si è che l'iperemia diatermica, provocata con taluni fattori di esperimento e di tecnica, non è un fenomeno fugace e può determinare modificazioni immanenti.

Per il principio chimico di Van't Hoff il calore penetrante, come tale, agisce spostando il sistema biochimico verso le reazioni endotermiche, che avvengono cioè con assorbimento di calore e che sono per loro natura le reazioni più energetiche. Per quanto ci è noto dalla chimica il calore agisce anche accelerando in progressione geometrica le reazioni chimiche.

Per le esperienze del d'Arsonval sul veleno del cobra e sulla tossina difterica è nota l'azione antitossica, che le oscillazioni dell'alta frequenza esercitano, per loro stesse, indipendentemente dall'azione del calore.

Gli autori francesi (d'Arsonval, Bordier) attribuiscono un'importanza prevalente alle oscillazioni dell'alta frequenza.

Come agiscano nell'intimo dei tessuti le oscillazioni dell'a. f. non è noto. Noi crediamo che possano determinare in taluni tessuti un particolare stato elastico, di cui l'importanza è evidente in rapporto al tessuto proprio delle arterie.

Che la diatermia agisca in un modo complesso è pertanto evidente. È noto anche che le ghiandole endocrine sono particolarmente sensibili al trattamento diatermico.

Solo i fatti ed i raffronti clinici potranno permettere di stabilire le differenze tra gli effetti dell'operazione del Doppler e quelli del metodo diatermico, da me proposto.

Per le esperienze cliniche, da me sinora fatte e che saranno pubblicate in un volume dell'editore Hoepli, posso affermare che il metodo diatermico dà costantemente risultati positivi. Qualunque collega potrà senza pericolo osservare su sè stesso l'azione euforica e dinamogena della diatermia testicolare, azione che si avvera in qualsiasi età della vita umana e con la massima evidenza nei giovani nevrastenici, come io ho avuto modo di constatare.

Intorno alla durata degli effetti del metodo diatermico non posso dire sinora nulla se non che essi permangono ancora nella loro pienezza in un diabetico settantenne, che fu il primo da me trattato nel gennaio scorso.

Comunque la semplicità e l'innocuità stessa del metodo permettono di ripetere senza inconvenienti le applicazioni sempre che occorra.

Io penso che il metodo diatermico meriti di essere sperimentato appunto perchè è semplice ed innocuo ed *a fortiori* perchè agisce senza paralizzare e senza distruggere, giovandosi di tutte le forze della natura umana.

Possiamo dire di conoscere così a dentro la fisiologia del simpatico e le difese ad esso devolute e l'intimo meccanismo degli scambi circolatori da poter senz'altro affermare l'inutilità del simpatico?

Dovranno in ogni caso rispondere i fatti e la serena disamina dei fatti.

23 maggio 1928.

Dott. GAETANO ZUCCHI.

SUNTI E RASSEGNE.

ENDOCRINOLOGIA.

Le funzioni delle glandole endocrine.

(R. B. WEILER. *American Medicine*, gennaio 1928).

Lo studio delle secrezioni interne ha assunto in questi ultimi tempi vaste proporzioni, e dalle pure affermazioni teoriche è passato trionfalmente nel campo della pratica. L'armamentario terapeutico del medico si è con l'opoterapia arricchito di validi strumenti.

Certo il complesso meccanismo endocrino non è ancora svelato in tutti i suoi elementi, la funzione delle singole glandule è ancora lungi dall'essere conosciuta in tutta la sua essenza, meno ancora sicure sono le deduzioni terapeutiche che purtroppo al controllo della pratica non hanno trovato conferma, ma non è dubbio che quel che si sa è sufficiente a dimostrare la straordinaria importanza di quest'apparato nell'economia organica e a legittimare tutte le speranze riposte nell'efficacia della opoterapia.

La scienza endocrina appare gigante considerando i progressi fatti negli ultimi anni, ma sembra bambina quando si constata quel che ancora resta ignoto o oscuro.

Non tutti i principî attivi delle varie glandule sono noti, nè sono ben chiare le interdipendenze funzionali tra glandula e glandula.

Il primo elemento endocrino attivo a scoprirsi fu quello delle glandule surrenali, e l'adrenalina rimane ancora l'unico prodotto endocrino chimicamente definito.

È ben noto come le surrenali siano masse di tessuti differenziati situate superiormente ed anteriormente ai reni. Esse sono divise in due strati anatomicamente e funzionalmente ben distinti: la corteccia ed il midollo.

Le surrenali sono sotto il controllo del cervello. Le fibre di comunicazione passano attraverso *l'infundibulum* dell'ipofisi nel *tuber cinereum* e nella parete e nel pavimento del terzo ventricolo e di qui al ponte, al bulbo ed al midollo spinale. Dal midollo attraverso il secondo, il terzo ed il quarto nervo toracico le fibre passano nel grande splancnico e di qui direttamente nel plesso surrenale.

Le surrenali hanno la proprietà di neutralizzare e distruggere alcuni veleni endogeni, sopra tutto quelli prodotti dal lavoro muscolare. Questa funzione disintossicante si estrinseca con la scissione di sostanze albuminoidee, come la tirosina, e della sostanza colorante della pelle, appartenente al gruppo delle melanine, in corpi più semplici.

Nell'iposurrenalismo il sangue si carica di prodotti terminali dell'escrezione renale. La relazione tra attività surrenale ed eliminazione renale può fissarsi così: 1) aumento dell'attività surrenale quando c'è aumento nel sangue di prodotti terminali di ricambio (ipertensione nell'uremia); 2) aumento dei prodotti terminali del ricambio quando diminuisce l'attività surrenale (uremia nel morbo di Addison).

Si può quindi dedurre che le surrenali hanno funzioni disintossicanti, e che l'iperadrenalinemia nell'uremia deve intendersi come lo sforzo della natura a neutralizzare l'azione dei prodotti tossici.

Il prodotto della secrezione surrenale ha una marcata affinità per l'ossigeno, nei pulmoni a contatto di questo gas forma un composto chimicamente definito, l'adrenossidasi. Questa sostanza diventa un costituente dell'emoglobina nelle emazie e costituisce il veicolo dell'ossigeno che distribuisce a tutti i testi. Con il giuoco delle differenze della pressione osmotica l'ossigeno si separa dall'adrenossidasi, si versa nel plasma e di qui passa nei tessuti. Così la secrezione surrenale assume la funzione di convogliatrice e distributrice dell'ossigeno, che porta dall'ambiente esterno a tutti i tessuti, alle cellule.

Da questa premessa di fatto si può dedurre l'ipotesi che l'attività surrenale sia una potente regolatrice del ricambio generale. L'ipersurrenalismo provoca aumento dell'adrenossidasi del sangue, donde un aumento dell'ossidazione, aumento dei processi anabolici e delle reazioni chimiche e quindi aumento della temperatura. Si può quindi ammettere che la febbre sia legata ad un fenomeno di ipersurrenalismo, in quanto le tossine determinano un aumento dell'attività delle surrenali e quindi un maggiore versamento di adrenossidasi nel sangue con l'accentuazione dei processi di ossidazione e anabolici e quindi con l'ipertermia.

L'iposurrenalismo provoca riduzione dei processi ossidativi e metabolici, abbassamento della temperatura. In conseguenza della riduzione del metabolismo dei muscoli scheletrici si ha astenia progressiva, e degli elementi muscolari del cuore e dei vasi si ha vasodilatazione generale ed ipotensione, e quindi ristagno del sangue nell'area splancnica ed anemia cerebrale con vertigini e torpore mentale.

Un'altra funzione delle surrenali è quella della mobilizzazione dello zucchero dai varî tessuti nei quali esso si trova allo stato di glicogeno; si spiega così l'aumento dell'attività muscolare nell'ipersurrenalismo.

La parte corticale delle surrenali costituisce la glandula epirenale che ha relazioni molto strette con gli organi sessuali. L'ipertrofia delle epirenali è accompagnata da marcato sviluppo delle gonadi. La presenza di tumori epirenali è spesso accompagnata da pseudoermafroditismo, e la donna presenta gli organi sessuali a tipo maschile, spesso anche con prostata, e caratteri secondari con tendenza maschile. Durante la gravidanza e dopo l'ovariectomia si produce ipertrofia delle epirenali. Sembra che queste esercitino una funzione protettiva sugli organi sessuali, specie femminili.

Il veleno del cobra mescolato con estratto di epirenali diventa inoffensivo. D'altra parte nelle infezioni tubercolari sperimentali e dopo le iniezioni di tossine batteriche si ha un'ipertrofia uniforme delle epirenali, il che dimostra che queste hanno parte spiccata nel meccanismo di disintossicazione dell'organismo.

La funzione della tiroide è molto marcata e complessa, e forse la meglio conosciuta.

La deficienza tiroidea si estrinseca con deficienza dell'ossidazione dei tessuti e rallentamento dei processi metabolici e della nutrizione di tutti i tessuti che contengono fosforo. Oltre a ciò produce una diminuzione della resistenza organica alle infezioni in rapporto all'insufficiente produzione di opsonine e di altri costituenti antitossici e battericidi nel sangue. La fagocitosi diventa deficente.

Nell'ipotiroidismo si ha: secchezza della pelle e ipoidrosi; accumulo di grasso specie al disopra della clavicola; diminuzione della tonicità muscolare, visceroptosi; sintomi dipendenti da diminuzione dei costituenti antitossici (cefalea, emicrania, neuralgia, inappetenza, indolenza, allucinazioni); deficiente sviluppo degli organi sessuali con amenorrea, dismenorrea, impotenza; deficienza di calcio con ossa fragili e denti male sviluppati; acidosi.

Nell'ipertiroidismo si ha: notevole attivazione del metabolismo con ipertermia, tachicardia, aumento di tutte le secrezioni ed escrezioni, perdita di peso; crescita rapida delle unghie e dei peli; marcata intolleranza per lo zucchero; aumento dell'attività somatica e psichica. La secrezione tiroidea funziona come un agente catalitico che attiva il metabolismo particolarmente del fosforo e delle sostanze albuminoidee.

La funzione delle paratiroidi è strettamente legata a quella delle tiroidi, per cui giustamente si parla di un apparato tiroparotiroideo.

L'estirpazione delle paratiroidi produce spasmi muscolari ed aumento dell'eccitabilità dei nervi motori, fatti che si accentuano progressivamente fino a culminare nella tetania; si ha mobilizzazione dello zucchero; torpore generale malgrado lo spasmo muscolare; aumento della frequenza respiratoria; caduta della dentina. Tutti questi sintomi sono rimossi con la somministrazione di calcio ed accentuati dal cloruro di sodio. Il metabolismo del calcio è sotto il controllo immediato delle paratiroidi.

Oltre a ciò le paratiroidi hanno una funzione disintossicante specie per i veleni azotati: in effetti i sintomi della tetania sembrano prodotti da intossicazione purinica.

La funzione dell'ipofisi è ancora controversa. L'A. ritiene che non si tratti di una glandula endocrina ma di un centro nervoso associativo che presiede all'attività delle surrenali e dell'apparato tiroparatiroideo. La filogenesi dell'ipofisi dimostra che essa è parte integrante del sistema nervoso, del quale ha anche la struttura istologica. L'eccitazione elettrica dell'ipofisi esposta ed isolata provoca immediatamente aumento della pressione sanguigna, mentre la sua rimozione determina ipotensione. Quando le vie nervose partenti dall'ipofisi sono sezionate gli antipiretici non agiscono più.

Il lobo anteriore dell'ipofisi è un organo di complessa costituzione e squisitamente sensibile. Data la sua forte vascolarizzazione tutto il sangue del corpo presto o tardi l'attraversa e perciò sente tutte le variazioni del sangue stesso, variazioni che si trasformano in impulsi trasmessi al lobo posteriore, che a sua volta scarica una serie d'impulsi eccitanti la funzione delle surrenali e dell'apparato tiroparatiroideo, organi disintossicanti e perciò l'ipofisi presiede al meccanismo di disintossicazione dell'organismo.

L'eccitazione dell'ipofisi provocando un aumento dell'attività delle glandule che sono sotto il suo controllo, attiva il metabolismo e provoca il gigantismo, viceversa la sua atrofia provoca un'ipofunzione delle glandule stesse, quindi una deficiente mobilizzazione del calcio, l'osteomalacia e la condrodistrofia, mentre i segni dell'ipofunzione delle gonadi dipendono dall'inattività della tiroide.

Le brillanti ricerche di Banting hanno dimostrato in modo non dubbio che le isole del Langerhans sono intimamente legate al metabolismo dello zucchero. La secrezione interna del pancreas inibisce l'eccessiva mobilizzazione dello zucchero. Questo è fornito dal fegato come glicogeno, ma può essere utilizzato sotto forma di destrosio. Il pancreas regola la produzione di questa sostanza. Sembra che la sua secrezione interna agisca come un agente triptico, in quanto l'ipofunzione pancreatica provoca l'accumulo di sostanze albuminoidee nel sangue, le quali a loro volta eccitano l'ipofisi e queste a sua volta le surrenali, che hanno anche la funzione di mobilizzare lo zucchero. In conclusione la glicemia sarebbe dovuta, ad eccesso di funzionalità surrenale.

L'insulina quindi avrebbe la funzione di distruggere le sostanze tossiche albuminoidee eccitratrici dell'ipofisi ed indirettamente delle surrenali.

Le conoscenze sulla secrezione interna della milza sono molto scarse. Sembra che essa versi nel sangue un enzima capace di convertire la protripsina delle isole di Langerhans in tripsina.

La funzione del timo sembra influisca sullo sviluppo, in ispecie su quello scheletrico, ed abbia azione inibitoria sulle glandule sessuali. La pubertà coincide con la scomparsa del timo. Quando questa non avviene a suo tempo i soggetti presentano: pelle sottile, liscia, vellutata, coperta da una fine lanuggine; complessione delicata; peli scarsi al mento, alle labbra, al pube e con distribuzione femminea; denti azzurrognoli ed irregolari; articolazioni snodate; ipotensione e polso lento; iperacidità; facile esauribilità; temperatura subnormale; apparato genitale piccolo e con differenziazione sessuale poco accentuata. Oltre a ciò sembra che il timo controlli anche il metabolismo del calcio.

La glandula pineale s'ipertrofizza nella gravidanza e si atrofizza dopo la castrazione. Sembra che eserciti una funzione protettiva sulle glandule sessuali e che regoli i caratteri sessuali secondari, specie quelli psichici.

La secrezione interna dei testicoli si estrinseca attraverso le cellule di Leydig, costituenti la così detta glandula interstiziale, la cui secrezione ha attività molto simili a quella delle surrenali. La secrezione interna dei testicoli governa lo sviluppo dei caratteri sessuali principali e secondari, ed ha un'azione spiccata sulla mentalità. Gli individui castrati presentano note so-

matiche e psichiche che li avvicinano a quelle del sesso femminile.

Analogamente l'ovaio provvede alla determinazione ed alla conservazione dei caratteri principali e secondari femminili. Le donne alle quali furono asportate le ovaia, presentano caratteri somatici e psichici tendenti alla mascolinizzazione.

Tra i vari organi endocrini esiste una complessa correlazione ed interdipendenza, che rende più difficile l'accertamento delle singole funzioni.

Una sicura dipendenza funzionale diretta esiste tra la tiroide e le surrenali, nel senso che l'iper- o ipoattività dell'una produce iper- o ipoattività dell'altra e viceversa.

D'altra parte l'ipofisi costituisce il centro di controllo della tiroide e delle surrenali, che risultano eccitate dall'eccitazione dell'ipofisi e viceversa.

D'altra parte esiste un intenso antagonismo tra tiroide e surrenali da una parte e pancreas dall'altra.

Tra tiroide e gonadi c'è apparente reciproca eccitazione.

Una funzione convergente hanno tiroidi e paratiroidi e forse anche epirenali e surrenali.

Tuttavia l'esatto funzionamento reciproco delle varie glandule endocrine è ancora incerto, senza dire che forse mancano alla conoscenza dell'intero complesso endocrino altri elementi finora sfuggiti alla nostra conoscenza.

DR.

Anafilassi e secrezioni interne.

(CH. HAJÓS. *Endocrinology*, vol. X, n. 6).

La somiglianza tra i sintomi clinici della anafilassi e delle variazioni nella attività di certe secrezioni interne, hanno indotto l'A. ad intraprendere lo studio sperimentale dei rapporti tra anafilassi e secrezioni interne, onde trarne possibilmente conclusioni di indole pratica.

Sensibilizzate le cavie con iniezioni di siero di cavallo, si iniettava loro gli estratti delle ghiandole a secrezione interna: si studiava quindi quale influenza avevano tali increti sulla insorgenza e sugli effetti dello shoc anafilattico che si tentava di provocare mediante nuove iniezioni di siero di cavallo.

Si vide così che gli estratti di tiroide e di insulina aumentavano la sensibilizzazione; gli estratti di paratiroide, di lobo posteriore dell'ipofisi e la adrenalina, la diminuivano; gli estratti delle ghiandole sessuali maschili e femminili, del corpo luteo e del lobo anteriore della ipofisi non avevano effetto alcuno.

L'A. basandosi su tali risultati sperimentali formula alcune considerazioni di indole clinica.

Egli propone che gli estratti di lobo posteriore della ipofisi, come pure la adrenalina, vengano adoperati in dosi adatte e nel momento opportuno, allo scopo di impedire gli sgradevoli sintomi di anafilassi che appaiono dopo ripetute iniezioni di siero.

Ricorda infine che, poichè l'insulina accresce la sensibilizzazione anafilattica, si dovranno prendere molte precauzioni, dovendo ripetere iniezioni di siero dopo un lungo trattamento con insulina.

VICENTINI.

ORGANI DIGERENTI.

Studi sulla lues chirurgica del tubo gastro-enterico.

(BÜTTNER. *Bruns Beitr. z. Klin. Chir.*, Bd. 140, 1927).

Mentre al tempo di Virchow la lues del tubo gastro enterico era rara in questi ultimi tempi è diventata una malattia frequente che differisce però a seconda i vari autori. Così mentre Castex crede che il 100 % di tutte le ulcere gastriche siano di natura luetica, altri e specialmente chirurgi e anatomici ritengono tale affezione come molto rara. La rarità per gli anatomici può essere dovuta al fatto ch'essi vedono solo le lesioni gravi, ma non quelle lievi che sono guarite con cure specifiche.

Per la diagnosi servono alle volte i segni generali di una sifilide pregressa con l'anamnesi, una reaz. di W. positiva, localizzazioni varie di sifilide manifesta (differenza pupillare, intorbidamenti corneali, cicatrici di ulcere, leucodermie ecc.). Ma questi segni di sifilide generale possono spesso mancare.

I reperti istologici dovuti in gran parte a Fraenkel e Riedel danno una infiltrazione linfoide della sottomucosa con plasmacellule ed alterazioni vasali sotto forma di endoflebite ed endoarterite. Qualche volta tali lesioni sono accompagnate da altre in altri organi.

Le *localizzazioni luetiche nell'esofago* sono molto rare; le forme gommose possono prendere la parte alta o la bassa di esso. Le ulcerazioni della parte alta hanno sede primitiva nel faringe e nel maggior numero dei casi portano ad una stenosi come in quelli descritti da Neumann, Schlesinger, Kahler. Le ulcerazioni sifilitiche della parte bassa dell'esofago colpiscono il cardias con stenosi.

Fra le alterazioni luetiche dell'esofago si devono aggiungere le relativamente frequenti fistole esofago tracheali che sono dovute ad ulcere perforate.

Le notizie radiologiche sono molto scarse e del resto i pochi casi di stenosi non possono essere differenziati dalle stenosi carcinomatose per quanto un aspetto di ombre a zaffi parlerebbe secondo Schlesinger per un carcinoma.

Le lesioni dell'esofago quindi possono essere: stenosi per infiltrazioni gommose, ulcere, o cicatrici; perforazioni da ulcera che portano a fistole esofago tracheali; speciali cicatrici raggiate caratteristiche secondo V. Hacker.

In un caso riportato dall'A. in cui all'esame laringoscopico si notava una ulcerazione ed a quello radiografico una stenosi esofogea un frammento tolto dall'ulcerazione indicò trattarsi di una flogosi e l'uso dello iodio fece guarire l'ulcera e migliorare i disturbi di stenosi.

Intanto in tutti i casi di stenosi esofogea nei quali la diagnosi non è chiara, una diagnosi ex juvantibus si deve tentare.

La *lues gastrica* è secondo alcuni autori varia di frequenza nelle varie regioni. Così è frequente in China, Giappone, Argentina, Rumania, Russia ed anche in Francia, mentre in Germania è rara.

Per far notare la difficoltà di diagnosi differenziale col carcinoma gastrico riporta un caso in cui oltre il sangue nelle feci, il dimagramento, esisteva radiologicamente un difetto di riempimento del fondo; all'operazione si trovò una massa che invadeva il piccolo omento ed il legamento gastro colico: fu praticata una g. e.; l'infermo venne a morte per bronco pulmonite ed alla sezione si trovò una massa che involgeva tutto il piloro ed in cui all'esame istologico si notò infiltrazione di linfociti e plasmacellule specialmente nella sottomucosa, forte sviluppo di connettivo ed ispessimenti vasali simili a quelli descritti da Fränkel. Per quanto nel caso si avesse la W. positiva i segni clinici e anatomici parlavano tutti per un carcinoma; soltanto l'esame istologico svelò la natura della lesione.

Secondo Hausmann l'anacidità o ipoacidità è un segno caratteristico della sifilide gastrica; ma vi sono casi accertati anatomicamente con esistenza di iperacidità (Aoyama). Ma tale segno non fa distinguere la lues dal carcinoma; infatti molti casi descritti da chirurgi sono stati operati con diagnosi di carcinoma.

La mancanza del sangue occulto nelle feci parla contro il carcinoma, però esistono casi, come uno dell'A., con sangue positivo nelle feci. Anche la presenza di bacilli dell'a. lattico può deporre per il carcinoma.

Una relativa lunga durata del male con uno stato generale buono parlano contro il carcinoma. Ma d'altro canto sono descritti gravi dimagramenti come in un caso dell'A. nel quale in 2 mesi si era verificato un dimagramento di 32 libbre ed ancora di 6 sotto l'osservazione sua durante 8 giorni.

Sono stati osservati da Hausmann, Neumann, Leone ed altri dolori esacerbantisi la notte, ma ciò non rappresenta la regola. Gli altri sintomi come vomito, ematemesi, che qualche volta sono descritti indicano piuttosto quanto sia difficile distinguere la lues dalle altre malattie dello stomaco. I migliori dati che formano la triade dei sintomi clinici sono: anacidità, mancanza di emorragie occulte, stato generale relativamente buono, specialmente se ad essi si possono aggiungere i segni di una sifilide e i dolori esacerbantisi di notte.

La diagnosi intra-operatoria è raramente fatta e i chirurgi sono caduti spesso in errore. Lo scambio più facile è col cancro. Horstmann su 340 operazioni per ulcera trovò 3 casi di sifilide gastrica; in due pose la diagnosi di gastrite flemmonosa, in 1 di ulcera callosa. Secondo Gmelin si può fare una distinzione in base ad una infiltrazione a contorni non netti nella parete gastrica legata con un'impressione di un processo infiammatorio, come ha visto anche l'A. D'altro canto riporta un caso con perigastrite, senza metastasi ghiandolari in cui l'esame istologico dimostrò trattarsi di carcinoma. I dati radiologici sono ancora poco precisi.

Possono aversi alterazioni anatomiche di forma: ulcerazioni sotto forma di nicchie, tumori, incurvamenti, spasmi, con anomalie di riempimento o di vuotamento. Una nicchia è descritta da Hausmann nella quale la diagnosi fu non anatomica ma ex juvantibus. Anche Gioia descrive una nicchia della piccola curvatura che sparì dopo un mese di cura specifica. Sono descritti difetti di riempimento in varie sezioni dello stomaco con infiltrazione piatta o a carota, con stenosi pilorica.

Anatomicamente si distinguono due forme della lues gastrica: l'infiltrato sifilitico e la gomma che sono due stati diversi dello stesso processo. Tutt'e due hanno tendenza alla formazione connettivale cui si accompagna la infiltrazione cellulare sottomucosa e portano ad un ispessimento diffuso della parete. Così che si possono verificare dei raggrinzamenti che vengono designati col nome di microgastria come i casi descritti da Eppinger e Schwarz Klose ecc. o delle stenosi.

Nei casi dell'A. si osservava radiologicamente un grosso stomaco senza peristalsi con una stenosi pilorica. Le forme radiologiche si possono rappresentare: con piloro aperto uno stomaco piccolo (microgastria) con una stenosi pilorica un grosso stomaco (macrogastria).

Nella microgastria lo stomaco appare come una canna rigida che si libera rapidamente del pasto: anche il piloro è rigido ed aperto.

La sifilide intestinale nella forma terziaria se si esclude il retto predilige il tenue; il digiuno

è più frequentemente colpito delle altre parti dell'intestino. Schlesinger riunisce una serie di localizzazioni ulcerose nel canale intestinale, in uno schema: ulcere peptiche nel duodeno, ulcere luetiche nel digiuno e retto, ulcere tifose e tubercolari nell'ileo, ulcere dissenteriche nel sigma e retto, la colite ulcerosa in tutto il colon e retto. Però questo schema viene complicato da casi di ulcere luetiche osservate nell'ileo. Il grosso intestino, l'appendice, e il duodeno sono raramente colpiti. Sparmann ha descritto un caso di lues gastrica con ulcere multiple nel duodeno e nel digiuno alto.

Ordinariamente si rinviene la forma con una infiltrazione anulare o circolare della parete intestinale e regolarmente multipla. Nella letteratura esistono 10 casi di perforazione e Weiss crede che un quinto dei casi di lues intestinale porta alla perforazione.

Clinicamente si manifestano sotto forma di ileo cronico o di perforazione intestinale. La diagnosi può esser posta su 5 punti dati da Schlesinger: nozione di una lues, sede nel digiuno, multiplicità di stenosi, partecipazione dello stomaco, inutilità di altra terapia e utilità del trattamento antiluetico. In un caso riportato dall'A. si trattava di un'ulcera circolare che stenosava tutto il lume; fu fatta una resezione intestinale. Con l'esame istologico si escluse il tumore e furono messe in evidenza le spirochete.

R. BRANCATI.

Sui risultati delle resezioni nelle tubercolosi ileociecale.

(CHABRUT R. *Journal de Chir.*, v. XXX, n. 6, dec. 1927).

L'A. riferisce su 40 osservazioni di operati nella Clinica Chirurgica dell'Hôtel Dieu, in Parigi, e prende in considerazione i risultati lontani delle resezioni, escludendo perciò le anastomosi, le esclusioni, le esteriorizzazioni. Si ebbero in merito ai risultati immediati 10 morti (25 %). La resezione fu praticata in quasi tutti i casi (86,9 %) ed in alcuni fu estesissima per lesioni tubercolari interessanti un lungo tratto di ileo e di grosso intestino. Così dei dieci malati morti dopo l'operazione, 6 presentavano lesioni estremamente estese. La morte si ebbe per peritonite, per accidenti pulmonari, per diarrea sanguinolenta, o per altre lesioni intestinali, o subito dopo l'operazione.

Studiando gli esiti lontani di 6 malati non fu possibile avere notizie; 2 morirono dopo 6 mesi per cause che sfuggono all'apprezzamento. Dieci ammalati presentarono dopo l'operazione segni di tubercolosi intestinale o peritoneale; di questi 8 sono già morti. Tali manifestazioni addominali si ebbero dopo un periodo di latenza più o meno lungo dall'operazione, oppure subito dopo l'operazione.

Dodici ammalati guarirono dalla tubercolosi intestinale dopo l'operazione e di essi 7 sono vivi e sani da 19 anni a 6 mesi dall'operazione; 2 morirono per altre cause 20 a. o 12 a. dopo l'operazione; 3 ammalati presentarono recidiva intestinale e morirono per tubercolosi pulmonare 10 anni, 20-7 mesi dopo l'operazione.

Quindi su 22 ammalati 12 guarirono (54,5 %). Dai risultati riferiti risulta in effetti che la resezione ha un valore curativo certo nella tubercolosi ileociecale essendosi dimostrata in alcuni casi una guarigione dopo 20-15-12-10 anni. Ma in altri casi la cura fallisce o per tubercolosi pulmonare, o per tubercolosi intestinale o per manifestazioni entero-peritoneale. L'A. nel 69,5 % dei casi ha potuto rinvenire nella storia clinica dati che facevano pensare a tubercolosi pulmonare, precedente quella intestinale; perciò l'A. conclude che questa è abitualmente secondaria.

In merito alla recidiva di tubercolosi intestinale si comprende che, se essa insorge molto tempo dopo l'operazione, possa essere dovuta a reinfezione da parte dei polmoni lesi. Ma se le manifestazioni di recidiva sono immediate alla operazione è probabile che preesistessero altre localizzazioni intestinali, non scoperte all'operazione e distanti dalla sede principale delle lesioni ileo-ciecali. Perciò è indispensabile fare un'accurata esplorazione a distanza, per aumentare, se occorre, l'estensione dell'exersi.

Ugualmente dopo superata l'operazione bisogna tener conto che l'infermo è un tubercoloso, e come tale deve essere sorvegliato. JURA.

Sulla casistica del fibroma puro dello stomaco.

(KRAMER. *Zentralbl. f. Chir.*, n. 31, 1927).

In questi ultimi tempi i fibromi puri dello stomaco sono più numerosi nella letteratura. Libbin ne ha raccolti 14 nel 1922. Altri casi sono descritti in seguito da Klose e Goetze, Blaxland, Scharapo, Milonov raggiungendo la somma di 18.

Il caso occorso all'A. colpiva un uomo di 52 anni che da 5 mesi soffriva di dolori dopo i pasti pesanti e durante il lavoro. Tali dolori negli ultimi tempi si erano molto accentuati e si verificavano anche dopo l'ingestione del latte. Il peso del corpo da 75 kgr. era sceso a 50. Non ebbe mai vomito color caffè, nè feci picee. L'esame radiologico diede ptosi e gastrectasia con difetto di riempimento nell'antro a limiti irregolari. La piccola curvatura dell'antro non retratta, il resto dello stomaco normale. Dopo 2 ore e mezzo ristagno di 2/3 del pasto. Diagnosi di carcinoma della parete posteriore dell'antro.

Clinicamente nella regione antrale si percepiva una tumefazione indefinita. Coll'esame clinico: anacidità, sangue nelle feci.

All'operazione si trovò assenza di perigastrite, di segni di ulcera o carcinoma; solo al tatto si sentiva come un corpo estraneo piatto. Fatta una gastrotomia sulla parete anteriore rinvenne nell'interno un tumore impiantato sulla faccia posteriore dell'antro fra grande e piccola curvatura. Non riscontrando segni di malignità fece l'escissione della parete intorno al tumore e la chiusura. All'esame il tumore era ulcerato nella parte centrale, di consistenza dura, ben delimitato dalla mucosa ed istolog. si mostrò un fibroma della sottomucosa. Il paziente guarì e dopo 2 anni continua a star bene. R. BRANCATI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

BUSSY. *Ophtalmologie.* Vol. in-16°, di 308 pagine. Doin et C., éd., Paris. Fr. 15.

È un libro scritto per lo studente ed il medico pratico, e non ha altra pretesa che quella di « compiere l'ufficio di un oculista chiamato a consulto », come si esprime lo stesso A. Non vi sono problemi di ottica geometrica, nè descrizioni di malattie rare e di casi eccezionali: vi sono solamente i sintomi principali da cui si riconosce la malattia, la prognosi, l'indirizzo terapeutico ed il consiglio di lasciare allo specialista quei casi che esulano dalla competenza ordinaria del medico pratico. Sono anche descritte minuziosamente quelle operazioni facili, che non richiedono uno strumentario speciale e non comportano rischi di sorta. MEZZATESTA.

CANTONNET. *L'Ophtalmologie du praticien.* 5e éd. Maloine et Fils éd., Paris. Fr. 10.

È un manuale di 130 pagine che fa parte della Biblioteca « Les petits précis », pubblicata sotto la direzione dello stesso Cantonnet.

Il principio a cui si ispira tale biblioteca è « poche parole, molte idee e molte figure », perchè ha la sola funzione di guida e *vade-mecum* per il medico pratico; anche qui l'A. esplicitamente scrive che non è necessario aggiungere nozioni non indispensabili e che è opportuno conservare al libro il carattere di « oftalmologia minima del medico pratico ». Seguendo tale obiettivo ha compilato un manuale che ricapitola in modo succinto e molto chiaro tutta l'oftalmalogia, non trascurando un compendio della piccola chirurgia oculare e della fasciatura degli occhi.

MEZZATESTA.

BIRKHÄUSER. *Augenpraxis für Nichtspezialisten.* 3a Aufl. Ju. Springer, ed., Berlin. Marchi 6.60.

Questo manuale di 210 pagine, con 36 figure nel testo, vuole essere un avviamento alla diagnosi ed alla terapia delle malattie oculari per il medico pratico. L'A., preoccupato appunto dal fatto che non si rivolge a specialisti, ha cercato di essere piano e di mettere alla portata di tutti la specialità, ed ha raggiunto pienamente il suo obiettivo. Questa terza edizione si differenzia dalla precedente, perchè è più esteso il capitolo « Introduzione », che si riferisce all'Anatomia ed alla Fisiologia dell'occhio. MEZZATESTA.

VILLARD. *Consultations de thérapeutique oculaire à l'usage des praticiens.* Volume di 184 pagine. Masson et C. éd., Paris. Fr. 10.

Questo piccolo libro è stato concepito e redatto per potere essere consultato rapidamente dal medico in tutte le malattie degli occhi che non sono dominio esclusivo della specialità: l'A. perciò si è limitato alla descrizione delle malattie del segmento anteriore e degli annessi dell'occhio, riserbando anche un capitolo speciale al glaucoma. In tutti questi casi il medico pratico trova nel manuale la definizione, la descrizione e la diagnosi della malattia, con una indicazione del trattamento terepautico, ridotto esclusivamente a quei medicinali che l'A. reputa più efficaci e di più sicuro effetto. MEZZATESTA.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

VIII Congresso Italiano di Radiologia Medica.

A Firenze, sotto l'alto Patronato di S. E. Mussolini, è stato tenuto nei giorni 14-15-16 maggio l'VIII Congresso italiano di Radiologia Medica sotto la presidenza del prof. Siciliano.

Il Congresso si è svolto sia per la parte riguardante le sedute, sia per l'Esposizione degli apparecchi nei locali della Scuola di Sanità Militare e il direttore della scuola, colonnello Bucciante, ha con larga ospitalità provveduto a che il Congresso potesse riuscire veramente grandioso in ogni sua parte.

Numerosissimi sono stati i radiologi intervenuti: si può dire quasi tutti i radiologi d'Italia. Il Congresso è stato inaugurato la mattina del 14 maggio a Palazzo Vecchio dinnanzi alle principali autorità cittadine e a numerosi invitati tra cui tutti i professori della R. Università di Firenze col Rettore Magnifico. Nella grande sala dei Cinquecento a Palazzo Vecchio han preso posto al banco della Presidenza S. E. il prefetto Regard, il Podestà senatore Garbasso, il Pesidente del Comitato ordinatore prof. Siciliano, il Presidente della Società italiana di Radiografia prof. Tandoja di Napoli, il generale Riva, ispettore di Sanità di Firenze.

Il sen. GARBASSO ha recato il saluto del Comune e del Popolo di Firenze e ricorda che proprio a

Firenze è nata la fisica moderna, e che, dei 10 accademici discepoli di Galileo, che nella seconda metà del 600 diedero al mondo il primo libro di fisica sperimentale, tre di essi erano medici e due medici di larga fama: Alfonso Borelli e Francesco Redi. Carlo Matteucci creando l'elettrofisiologia strinse nuovi rapporti tra medici e fisici e all'oratore è gradito ricordare i contatti continui e fecondi tra le Facoltà di Medicina e di Scienze e i rapporti cordiali tra i Laboratori di Fisica e quelli dei medici e dei biologi.

Il prof. SICILIANO, a cui si deve la preparazione veramente grandiosa del Congresso, ringrazia le autorità e i congressisti per il loro intervento: i radiologi che han tanta parte nella costruzione dell'edificio diagnostico debbono assumere parte della responsabilità e debbono anche nell'applicazione della cura non essere considerati solamente come esecutori e come tecnici ma ad essi deve venire riconosciuta la esclusiva competenza sia nella interpretazione delle immagini radiologiche sia nella indicazione e applicazione dei sussidi terapeutici. Dopo brevi parole di saluto da parte del Presidente della Società Tandoja, S. E. il prefetto Regard dichiara che il Governo del Re gli ha dato espresso incarico di intervenire in sua rappresentanza al Congresso e con questo è conferito il più alto riconoscimento della importanza della radiologia.

S. E. il Prefetto ha ricordato tutti i provvedimenti del Regime: il fondo di 2 milioni da erogarsi per l'impianto e il funzionamento di centri di accertamento diagnostico per il cancro; il decreto-legge successivo che stabiliva che i mezzi finanziari potessero servire anche all'acquisto di radium, ecc.; e l'oratore infine ricorda quanto per sua iniziativa è stato fatto nella provincia di Firenze, dichiarando infine aperto il Congresso in nome di S. M. il Re.

Il generale RIVA porta infine il saluto del corpo sanitario e si dichiara orgoglioso di essere presente in nome del Ministero della Guerra: la direzione di sanità ha voluto che numerosi al Congresso intervenissero i medici militari mentre la direzione della Scuola di Sanità ha allestito una Mostra retrospettiva sull'attività radiologica svolta in guerra.

L'inaugurazione si chiude con un sontuoso rinfresco offerto dal Comune di Firenze.

*
* *

Nel pomeriggio prima di iniziare i lavori del Congresso tutti i radiologi si riuniscono per un minuto di raccoglimento attorno al monumento del medico caduto in guerra: quindi viene inaugurata la mostra di apparecchi medici che occupa tutte le stanze del grande portico a pian terreno. Le Case italiane hanno esposto largamente; la ditta Balzarini, la ditta Gorla, la ditta Rangoni, Meschia, Siama, ecc., le fabbriche di ampolle Müller, Itala, Radiotecnica di Torino, ecc. La tendenza di costruzione degli apparecchi si appalesa oggi verso l'abolizione di qualunque parte rotante e l'introduzione delle valvole termoioniche e dei condensatori: l'apparecchio è perfettamente costante nel suo rendimento e silenzioso nella funzione. Un tipo di questo genere ne costruisce già il Balzarini, altri tipi sono stati esposti dal Gorla e dalla Siama. Intressante l'apparecchio di *radiografia stereoscopica* esposto dal Pinket: si è riusciti finalmente con opportuna disposizione di due ampolle ad avere una visione stereoscopica sullo schermo senza processi radiografici e senza riduzione di diapositivi.

Le ampolle tendono ad essere costruite nel tipo autoprotetto e i fabbricanti di apparecchi cominciano a modificare in questo senso gli accessori.

Durante la prima giornata si sono svolte le due parti della I relazione sulla radioterapia delle *malattie infettive acute;* la parte biologica era stata affidata al Cardinale di Genova e la parte clinica all'Attilj di Roma.

Le conclusioni del CARDINALE sono state le seguenti:

Anzitutto è fuori dubbio essere impossibile trasportare nella clinica umana le esperienze fatte in vitro e parecchi dei risultati sperimentali ottenuti sugli animali, e cioè:

1) È impossibile colle dosi terapeutiche ottenere una diretta azione distruttrice dei batteri sull'organismo.

2) È impossibile colle dosi terapeutiche avere un diretto effetto modificatore sulle tossine da un lato, e dall'altro lato sugli anticorpi, sia che essi sieno contenuti nel sangue circolante come nei tessuti.

3) Le esperienze fatte sulle modificazioni dei processi immunitari negli animali irradiati non possono trasportarsi nell'organismo umano perchè le irradiazioni terapeutiche sono di una dose molto inferiore.

4) Fino ad ora non è ancora giustificata la speranza di potere, irradiando animali immunizzati od in corso di immunizzazione, ottenere dei sieri più ricchi di materiale difensivo.

Non è escluso però che la situazione possa migliorare modificando la tecnica, il dosaggio e sopratutto scegliendo opportunamente i tessuti da irradiare.

5) Un'osservazione della massima importanza è questa: Che esiste per quanto riguarda l'attecchimento ed il decorso dell'infezione, una grande differenza fra i risultati clinici e le esperienze fatte sugli animali.

Difatti mentre la clinica dice che per diverse forme morbose i risultati sono positivi, le esperienze sugli animali sono in proposito poco chiare e per la massima parte negative.

L'unico punto di contatto sarebbe l'influenza che si ha nella irradiazione diretta dei focolai purulenti nel senso che tanto nell'uomo come nell'animale si assiste ad una più rapida colliquazione.

Si deve dire però che le ricerche sperimentali sugli animali sono finora scarse ed hanno bisogno di una severa revisione per poter essere avvalorate nella clinica.

Messi così in chiaro i postulati principali che si possono dedurre da quanto finora fu fatto nel campo sperimentale sulle infezioni, il Relatore discute il problema importante del meccanismo d'azione.

È necessario distinguere fra le teorie avanzate quelle che cercano di spiegare l'*azione locale* delle radiazioni da quelle che ammettono piuttosto un'*azione generale* da cui dipenderebbero gli effetti locali. Il relatore illustra queste teorie, e conclude che anche nel campo della radioterapia delle infezioni la clinica ha proceduto l'indagine sperimentale.

Ulteriori ricerche fatte con un metodo più rigoroso potranno in avvenire appianare i contrasti che ora si osservano tra risultati clinici e indagini sperimentali.

Le conclusioni dell'ATTILJ sono state le seguenti in base all'osservazione dei risultati clinici ottenuti:

1) La radioterapia diretta mostra in numerose malattie un'azione efficace, talora assai rapida e completa e tale da sorpassare nei risultati altri mezzi di cura.

2) La radioterapia diretta là dove non porta ad esito favorevole non pregiudica l'impiego di altri mezzi curativi.

3) La radioterapia deve essere impiegata con rigore di tecnica, in dipendenza della quale stanno i risultati favorevoli. Le dosi adoperate oscillano intorno al 20 per cento della DE ottenuta con scarsa filtrazione e medio voltaggio. L'intervento radiologico deve essere quanto più è possibile precoce.

4) La radioterapia diretta agisce, dato il decorso delle malattie e i dati constatati nel sangue, per un meccanismo non ancora del tutto chiaro, ma che con grande probabilità deve riferirsi ad un'azione generale esaltante i poteri immunitari, in relazione alla leucocitosi e all'aumento del potere fagocitario, opsonico, batteriolitico; deve pure ammettersi una certa azione locale (non necessaria ma utile), con probabilità legata alla distruzione delle albumine (da considerarsi forse alla stregua della proteinoterapia aspecifica).

5) Può ottenersi la modificazione dei focolai infettivi con il metodo indiretto, irradiando cioè territori lontani dell'organismo. I tentativi di siero e vaccinoterapia con materiali irradiati non hanno mostrato risultati chiari.

6) La radioterapia indiretta tendente ad esaltare con l'irradiazione con piccolissime dosi su alcuni organi alcune funzioni dell'organismo, può riuscire utile.

7) Il metodo diretto e indiretto, pur fermi restando i concetti fondamentali di tecnica, deve essere applicato caso per caso e i risultati debbono essere comparati con quelli ottenuti con le altre forme di terapia.

8) La radioterapia in complesso è stata praticata su 507 malati divisi in 4 pruppi: malattie da cocchi (foruncoli, favi, idrosadeniti, suppurazioni dei genitali femminili) nelle quali i risultati sono stati buoni; malattie da batteri (polmonite postoperatoria, pertosse, tifo e paratifo), da protozoi (malaria, risultati nulli nelle forme acute); malattie a etiologia ignote (linfoadeniti post-scarlattinose, ecc.).

Relativamente alla precedente relazione varie sono state le comunicazioni (MILANI: *la radioterapia nel tifo, ulteriore contributo alle mie prime ricerche sulla radioterapia nella infezione tifosa;* LAPENNA: *esperienze di röntgenterapia dell'orchiepididimite blenorragica; l'irradiazione della tiroide nelle infezioni sperimentali;* TURANO: *la röntgenterapia delle otiti acute;* ABBATI: *Contributo alla roentgenterapia dei processi flogistici, ecc.*) e molti radiologi che han preso parte alla discussione, tra cui il ROSSI che ha compiuto le ricerche definitive sulla radioterapia della malaria e che separa nettamente le tecniche volute dal Pais e ricordate dall'Attilj, e le tecniche usate dagli OO. successivi (Milani-Rossi) completamente differenti e nettamente efficaci applicate nei vari processi infettivi all'infuori della malaria acuta.

*
* *

La seconda giornata del Congresso è stata occupata nello svolgimento della II Relazione: *Osteosi e distrofie ossee*, affidata al BIANCHINI per la parte riguardante gli adulti, e all'ALBERTI di Brescia per le osteodistrofie della crescenza.

Le conclusioni dell'ALBERTI sono le seguenti:

Trattando in particolare delle varie forme osteodistrofiche secondo un approssimativo ordine cronologico di comparsa, l'O. considera successivamente: le forme congenite, quelle della prima infanzia e quelle del rimanente periodo di sviluppo.

Fra le osteodistrofie congenite prende particolarmente in esame l'acondroplasia (tanto nel suo aspetto classico e completo come nelle altre forme: frusta, parziale, attenuata, extrafetale) e la osteogenesi imperfetta (tanto congenita che tardiva), di esse considerando specialmente l'aspetto radiologico.

Delle osteodistrofie della prima infanzia considera specialmente *rachitismo* e *morbo di Barlow.*

Oltre che occuparsi del quadro radiologico del rachitismo, l'O. espone le moderne concezioni sull'essenza della malattia, mettendo specialmente in evidenza: *a*) che il rachitismo non è più da considerare come forma morbosa a sè, tutta speciale e ben distinta, ma piuttosto come espressione di una condizione morbosa generale, determinabile da cause molteplici e svariate; *b*) che rachitismo florido (della prima infanzia), rachitismo tardivo (specie della pubertà) e osteomalacia stanno a rappresentare tre forme diverse di un identico processo morboso; *c*) che tale concetto unitario tende oggi ad estendersi ancor più, volendosi comprendere col nome di « osteopatia calcipriva » non soltanto rachitismo florido, tardivo e osteomalacia, ma anche tutte quelle forme ove per qualsiasi ragione si abbia formazione di tessuto osteoide non calcificato.

Del morbo di Barlow l'O. mette in evidenza il

quadro radiologico (specie in rapporto ai due principali segni: di Fraenkel e di Wimberger) e ne espone la diagnosi differenziale, specie dal rachitismo e dalla lue ereditaria.

Sul complesso e oscuro gruppo delle *distrofie epifisarie di crescenza* l'O. si intrattiene in modo particolare, rilevando essenzialmente i seguenti punti:

1) la denominazione fin qui usata di « epifisiti » o di « meta-epifisiti » è impropria, non essendo queste comunemente basate su fatti infiammatori: meglio è chiamarle semplicemente « distrofie meta-epifisarie giovanili », o « di crescenza »;

2) gli svariati quadri clinico-radiologici devono essere considerati in base ad un concetto unitario: non cioè come costituenti altrettante malattie a sè e ben distinte, ma come localizzazioni diverse di uno stesso ed unico complesso morboso. E ciò per molteplici analogie di ordine clinico, radiologico, anatomo-patologico;

3) il reperto anatomo-patologico fondamentale, è pressochè costante nelle varie localizzazioni, è dato dalla presenza di tessuto osseo necrotico, e dalla sua sostituzione con tessuto fibroso. Il che accredita sempre più l'ipotesi di una turba circolatoria quale fattore patogenetico;

4) è da presumere anche l'influenza di un fattore meccanico sulla genesi delle lesioni, per il fatto che sedi di elettiva localizzazione sono proprio le ossa maggiormente esposte alle azioni meccaniche-traumatiche (carico, ecc.).

La questione etiopatogenetica delle distrofie epifisarie di crescenza è però ancora lontana dall'essere completamente chiarita. L'O. pensa che essa debba porsi in relazione non con una causa morbosa unica, ma con tutto un complesso di fattori, che egli così riassume:

a) speciali condizioni anatomo-fisiologiche locali, sia per quanto riguarda le condizioni statico-dinamiche in relazione al carico e alle altre influenze meccaniche funzionali, sia per quanto ha rapporto colle condizioni circolatorie locali;

b) speciale sensibilità fisiologica del tessuto osseo in via di proliferazione, con vulnerabilità più particolarmente spiccata in corrispondenza delle zone di accrescimento durante il periodo di massimo sviluppo;

c) possibilità che tale vulnerabilità sia accresciuta patologicamente da condizioni generali (disturbi endocrini, tossici, discrasici, ecc.).

L'O. prende da ultimo in considerazione le « Osteodistrofie di origine endocrina » facendo rilevare la grandissima influenza esercitata dalla secrezione interna su tutti i processi biologici riguardanti sia il trofismo che lo sviluppo dell'osso.

Pur tenendo conto della stretta correlazione interghiandolare, l'O. ricorda le principali alterazioni distrofiche derivanti allo scheletro dalla ipo- o iperfunzione di ogni singola ghiandola endocrina, richiamando il quadro radiologico delle forme cliniche note (mixedema, cretinismo, acromegalia, distrofia adiposogenitale, gigantismo, nanismo, ecc.) e soffermandosi particolarmente, con personale contributo, sullo studio della cosidetta « disostosi ipofisaria », recentemente descritta dallo Schüller ed oggi in piena discussione.

Per quel che riguarda *le osteodistrofie degli adulti* il BIANCHINI arriva alle seguenti conclusioni:

Le osteodistrofie comprendono un vasto gruppo di malattie scheletriche, rare a riscontrarsi, di difficile interpretazione radiologica e clinica, caratterizzate da uno « stato malacico » delle ossa.

Queste condizioni malaciche sono il risultato o di stati essenziali, direi quasi primitivi, dipendenti da mancata apposizione di sali di calcio (osteopatie calciprive: rachitide tarda, osteomalacia), o di trasformazioni metaplastiche del midollo delle ossa in tessuto fibroso o lipomatoso (osteite fibrosa semplice o generalizzata, osteite deformante del Paget, osteoporosi vera, osteopsatirosi).

La base su cui si vogliono così raggruppare queste malattie apparentemente disparate, è una intesa del tutto anatomo-patologica ed istologica. Poco aiuto apporta a questo voluto raggruppamento la nota clinica e radiologica.

Per contro lo studio clinico e radiologico riesce spesso, sebbene non sempre, a poter differenziare fra di loro queste forme morbose e a distinguerle da altre dalle quali sarebbe alle volte di suprema importanza una pronta separazione.

Non potremo sperare in ogni caso dalla Radiologia un decisivo apporto alla diagnosi. Sovente urteremo contro grandi, insormontabili difficoltà, specialmente in forme di passaggio che, anche allo studio accurato e prudente della film, risultano spesso di impossibile assegnazione a questo o a quello stato morboso. E che ciò avvenga in Radiologia, che ha pure la possibilità di approfondire oggi più di ieri molte conoscenze, non deve recar maraviglia, quando si pensi che il dubbio permane alle volte grave ed insolubile perfino dopo un accurato e competente studio istologico.

Ricerche istologiche ad ogni modo e risultanze radiologiche debbono invocarsi di conserva per sperar di entrare nella giusta conoscenza di queste osteodistrofie.

Il rachitismo tardo e l'osteomalacia hanno oggi una stretta parentela anatomo-clinico-radiologica e colpiscono rispettivamente soggetti giovani il rachitismo, soggetti adulti l'osteomalacia, nella stessa guisa che la ormai dai più ammessa parentela tra osteite fibrosa ed osteite deformante del Paget prescieglie i giovani la prima, è appannaggio dei vecchi la seconda.

L'osteoporosi non sceglie età; può essere di tutte le età appunto perchè il suo primum movens è in dipendenza di fattori contingenti a qualsiasi momento della vita. L'osteopsatirosi, invece, con la sua nota di fragilità, è un raro retaggio della gioventù.

Quasi tutte le forme osteodistrofiche hanno una caratteristica di cronicità, specie quelle metaplastiche; cronicità che spesso accompagna il paziente per tutta la vita ed è causa, sia pur indiretta, della sua fine.

La cronicità si riferisce per lo meno alle de-

formità che molto spesso divengono permanenti se non si aggravano per via, ed in relitti indelebili che più o meno si lasciano scorgere anche a distanza di tempo. Poche forme osteodistrofiche possono sperare in un ripristino ad integrum; se ne escludono senz'altro quelle la cui nota predominante è la metaplasia fibrosa del midollo.

Queste sono le così dette « osteodistrofie degli adulti ».

* * *

Numerose sono state le comunicazioni sulle osteodistrofie e numerosi radiologi hanno partecipato alla discussione.

Ricordiamo: BERTOLOTTI: *Craniologia Röntgen*; ROSSI: *Osteosi diffuse e generalizzate dello scheletro*; SARACENI: *Formazioni cistiche nella osteoartrite deformante*; NUVOLI: *Calcificazione della falce*; BELLUCCI: *Coesistenza di lesioni vertebrali in soggetti affetti da splancnopatie*. Questo reperto si riallaccia con una interessante comunicazione del prof. DONATI, clinico chirurgo di Torino, che ha voluto con la sua presenza rendere più stretti i rapporti tra clinico e radiologo. Al prof. PUTTI del resto presente al Congresso si deve non solo una interessante conferenza ma interessanti osservazioni sulle alterazioni dei dischi a cui andrebbero riferite molte immagini radiologiche di presunta alterazione primitiva dei corpi.

Con la anestesia paravertebrale il prof. Donati ha potuto studiare segmento per segmento i rapporti che passano tra innervazione e organi addominali riscontrando, a secondo dell'altezza della anestesia, modificazioni dello stomaco (insorgenza di spasmi), del cieco (modificazioni di tono, ecc.). Impossibile ricordare tutte le altre comunicazioni (oltre 200): tra queste quelle di PICCININO, CIGNOLINI, VALLEBONA, GENTILI, VIETTI, SALVATORE, PAZZI, CASATI, MELDOLESI, GUARINI, ecc.

* * *

Nell'ultima giornata di Congresso l'ing. PUGNO-VAGNONI ha svolto la 3ª e interessante relazione sulla *dosimetria radiologica* e con linguaggio chiaro e preciso ha portato ai radiologi tutto il contributo della sua esperienza e delle sue ricerche.

L'assemblea dei soci ha infine proceduto al rinnovo delle cariche e per acclamazione ha eletto Balli a presidente della Società e Milani a vicepresidente designando Torino come sede del futuro Congresso (1930). MILANI E.

« Ars Medica » (San Paolo - Brasile).

Seduta scientifica del 27 aprile 1928.

Presidenza: Prof. ALFONSO BOVERO.

Contributo clinico allo studio dell'idrocefalo cronico primitivo.

Prof. ERNESTO TRAMONTI. — L'O. presenta un bambino di 11 anni senza altri precedenti morbosi personali remoti, nel quale dopo 20 giorni dalla vaccinazione si manifestarono attacchi di cefalea, che sopravvenivano ogni 7 od 8 giorni, duravano 24 ore, accompagnandosi ad elevazioni termiche. Dopo 8 settimane i fenomeni morbosi si presentarono in modo irregolare e saltuario, le crisi di cefalea divennero violentissime, talora si ebbero in concomitanza convulsioni ed altri fenomeni nervosi senza alterazioni però dell'intelligenza, comparvero vomiti a nappo o più frequentemente semplici conati di vomito. In seguito si manifestarono tremori ed indebolimento prima del braccio, indi della gamba sinistra con grave diminuzione della funzione motrice per cui risultò impossibile la stazione eretta e la deambulazione senza l'aiuto di altre persone. Quattro mesi dopo fece la sua comparsa ambliopia progressiva, che al momento dell'ingresso del paziente in clinica era diventata amaurosi completa. L'infermo venne inviato all'ospedale con la diagnosi di « tumor cerebri ».

L'esame del liquido cefalo-rachidiano praticato nei primi giorni di degenza fece rilevare leggero aumento della pressione endorachidea. Tutte le reazioni nel liquor furono negative, mentre un esame praticato 20 giorni prima in altro laboratorio aveva dato 0.85 di albumina per litro, reazioni di Pandy e di Nonne-Apelt leggermente positive, Wassermann negativa, linfociti 6, 4 per mmc. di liquore ed alla prova del Lange leggera flocculazione del colloide diretta a sinistra verso la zona sifilitica.

L'esame radiologico del cranio dimostrò dilatazione di tutte le suture ossee ed aumento del suo diametro trasverso. Altri sintomi che l'indagine diagnostica fece rilevare durante la degenza del piccolo paziente in clinica furono lieve paresi del facciale inferiore a sinistra, aumento di tutti i riflessi profondi da questo lato con accenno al fenomeno di Babinski, cranio voluminoso, occhi sporgenti.

Tralasciando ogni discussione sulla eziologia e patogenesi del caso in parola, che menerebbe molto lontano, e soffermandosi brevemente sul punto di vista diagnostico differenziale, devesi far notare che le diagnosi che avevano maggiore probabilità erano due: quella di « tumor cerebri » e quella di « idrocefalo cronico primitivo » o « meningite sierosa ventricolare ».

Tanto l'uno che l'altro processo possono rivelarsi soltanto con i fenomeni dipendenti dall'accresciuta tensione intracranica, ma il tumore determina più spesso, benchè non esclusivamente, anche altri disordini che dipendono da una offesa parziale del cervello e che spesso precedono i fatti di compressione generale, mentre nell'idrocefalo a questi più spesso susseguono e frequentemente spariscono.

L'ingrossamento del capo e degli occhi se sono dell'infanzia parlano più per l'idrocefalo.

A tutto ciò, quali criteri a favore di una diagnosi di idrocefalo primitivo cronico, l'O. aggiungerebbe lo stabile miglioramento e retrocessione dei sintomi morbosi in seguito alla puntura lombare (od anche ventricolare quando ciò sia possibile) specie se precocemente eseguita, il reperto dell'esame radiografico e nel caso di idrocefalo legato a lues le risultanze delle cure specifiche,

risultanze che non si riflettono solo sulle modificazioni favorevoli dei sintomi, ma anche sulle modificazioni umorali del liquor.

Partendo da tali premesse la diagnosi del caso in parola doveva essere di idrocefalo cronico primitivo. E difatti le ripetute punture lombari associate ad una cura specifica hanno fatto scomparire in modo stabile e definitivo la cefalea, i vomiti; hanno notevolmente migliorato lo stato generale e diminuito la paresi al punto che il soggetto è capace di reggersi in piedi e di deambulare solo appoggiandosi; inoltre può servirsi della mano sinistra per gli usi abituali della vita. La amaurosi non è più completa ed il paziente ha la percezione netta di luce e di tenebre.

Nuovo contributo clinico e terapeutico allo studio della blastomicosi umana.

Prof. ERNESTO TRAMONTI. — L'O. presenta un caso caratterizzato dalla totale assenza di lesioni mucose e cutanee ed in cui le manifestazioni morbose sono costituite esclusivamente da tumefazioni glandolari multiple delle regioni sottomascellari, ascellari ed endoaddominali cospicue queste ultime al punto da simulare delle vere masse neoplastiche, e da sintomi generali quali anemizzazione profonda, marcato decadimento delle forze; elevazioni termiche vespertine. La malattia data da 7 mesi circa e l'indagine anamnestica non concede di rilevare alcun elemento etiologico degno di nota.

La diagnosi clinica fu di Blastomicosi (o Zinoenematosi) a forma glandulare, le indagini di laboratorio, fecero riconoscere la presenza nel liquido puriforme, estratto da due ingorghi glandulari rammolliti, di numerosissime forme blastomicetiche.

L'esame ematologico dimostrò: diminuzione dei globuli rossi (3.312.900), diminuzione del tasso emoglobinico (65 per cento), anisocitosi delle emazie e rarità delle forme con sostanza granulo-filamentosa, Iperleucocitosi, Eosinofilia, Neutrofilia, Linfocitopenia, spostamento dell'emogramma di Schilling.

Fu dall'O. precocemente applicato il vaccino del prof. Donati quale unica terapia in congiunto con una dietetica generosa e corroborante.

Le iniezioni finora praticate sono state in numero di 36, ma i risultati sono dei più incoraggianti. Le tumefazioni glandulari antiche si sono considerevolmente ridotte, senza che se ne siano manifestate delle nuove. Gli ingorghi glandulari fusi sono stati convenientemente vuotati e l'essudato non tende a riformarsi. Le forze sono in notevole aumento, le piressie vespertine sono scomparse, si ha altresì un notevole aumento della sanguificazione.

Saggi di applicazione del metodo Minot-Murphy.

Prof. ERNESTO TRAMONTI. — L'O. ha sperimentato il metodo di Minot-Murphy in due casi di leucemia mieloide ma senza risultato apprezzabile, abbenchè la sperimentazione epatoterapica fosse stata prolungata per due mesi.

Viceversa risultati più incoraggianti sebbene ancora iniziali, l'O. ha ottenuto in un giovane di 22 anni probabilmente tarato da eredo-lues con note evidenti di insufficienza poliendocrina e di cui le note patologiche più salienti sono una cospicua splenomegalia manifestatasi un anno e mezzo fa in seguito ad infezione palustre, durata 5 mesi, spiccata astenia, oligoemia, tendenza alle emorragie, carie dentaria diffusa.

L'esame ematologico dava: Globuli rossi 3 milioni 300.000; Emoglobina 67,3 %; Indice globulari 1,01. Leucopenia, Eosinofilia, Monocitopenia, Linfocitopenia, lieve anisocitosi dei globuli rossi, non si incontrano forme nucleate, lieve ipercromia; rare piastrine.

Falliti tutti i varii sussidi terapeutici compresi i raggi ultravioletti, l'O. pensò di esperimentare il metodo di Minot-Murphy. Dopo soli 10 giorni l'O. ha osservato nel malato un notevole miglioramento non solo nello stato generale come aumento delle forze e dell'appetito, migliorata digestione, ma anche dal punto di vista obbiettivo poiche il tumore di milza si è considerevolmente ridotto, ed il numero delle emazie è di 4.500.000.

La guarigione di una infezione tetanica grave.

Prof. F. TALIANI. — L'O. presenta un giovane di 24 anni, fioraio, il quale nel gennaio u. s., con brevi prodromi, fu colto da infezione tetanica grave. Ad uno scrupolosissimo esame somatico non si poterono osservare lesioni di continuo nè cutanee nè mucose. Anamnesticamente piccola escoriazione al piede destro. Escluso il tetano traumatico e quello splancnico per l'assenza di sindromi viscerali antecedenti, il caso in parola deve riportarsi a quella forma peculiare (5 % dei casi) chiamata tetano medico, spontaneo, reumatico.

L'O. ricorda la patogenesi di questa forma nella quale non potendo agire sul focolaio di formazione delle tetanotossine, si è dovuto limitare alla neutralizzazione di quelle circolanti ed eventualmente di quelle già legate agli elementi nervosi. Oltre le cure coadiuvanti generali l'O. istituì subito una vera inondazione di siero antitetanico per via intrarachidea, intravenosa e sottocutanea. Dopo 350.000 U. I. le condizioni al 5° giorno permanevano gravissime con crisi spasmodiche subentranti. Basandosi sulla perfetta permeabilità renale l'O. iniziò contemporaneamente la terapia fenolica alla Baccelli con dosi massime di gr. 0,80 giornaliere. Dopo una crisi miracolosamente superata al 7° giorno si stabilì un miglioramento rapido e graduale, ma così evidente che l'ammalato al 14° giorno potè considerarsi fuori pericolo ed al 21° lasciare la casa di salute in piena convalescenza. In complesso in questo caso furono iniettate in 19 giorni 927.000 U. I. pari a cmc. 1140, più grammi 12,20 di fenolo cristallizzato. L'O. conchiude che in questo caso gli è sembrato più che negli altri evidente come il fenolo debba direttamente agire sulle tetanotossine già legate ai ricettari delle cellule nervose. Il caso dimostra ancora una volta lo scarso valore terapeutico della sieroterapia alla quale invece compete un grande potere profilattico.

Sifiloma ipertrofico del mento.

Prof. GIACOMO DEFINE. — L'O. dopo aver rilevato come questa forma iniziale di sifilide sia rara come varietà morfologica e come sede fa brevemente la storia clinica. I caratteri della lesione sono così caratteristici del sifiloma che una diagnosi differenziale con una sicosi semplice o tricofitica, ulcera Ducrey, epitelioma, sifiloderma terziario riesce facile.

L'adenopatia satellite caratteristica, una roseola sopraggiunta completano il quadro clinico.

L'esame batterioscopico mise in evidenza la spirocheta pallida e la reazione di Wassermann dette risultato positivo.

Contemporaneamente al sifiloma del mento l'ammalato presentava un sifiloma dell'indice (lato dorsale) della mano destra, comparso nello stesso tempo e conseguenza dello stesso contagio.

Remissioni nell'anemia perniciosa e cura con fegato.

Prof. A. DONATI. — L'O. si sofferma sulla variatissima sintomatologia dei casi specialmente iniziali, nei quali il sintoma anemia è forse il meno appariscente. Pone poi a confronto il quadro ematologico che si osserva nelle cosidette « remissioni » colle modificazioni che avvengono nel sangue non molti giorni dopo che fu iniziata la cura epatica, e conclude che, mentre nelle prime il miglioramento è dovuto ad una maggiore attività del midollo osseo che accanto a normoblasti genera anche megaloblasti, con il trattamento epatico invece si osserva una scomparsa di ogni forma nucleata di eritrociti, diminuzione e scomparsa di megalociti, abbassamento dell'indice globulare, ciò che dimostra un arresto della deviazione dell'attività emopoietica e un ritorno alla norma.

Circa il modo di azione del fegato l'O. esprime l'opinione che esso agisca sull'apparato reticolo-endoteliale, il quale, sebbene in modo diverso, è fatto responsabile del processo morboso sia dalla scuola viennese che da quella italiana. La cura epatica ristabilisce l'equilibrio fra tessuto emoistioblastico diffuso, il quale appartiene al tessuto reticolo-endoteliale, e gli organi ematopoietici.

A. P.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 24 febbraio 1928.

Contributo clinico operatorio sul carcinoma della mucosa della guancia.

Dott. G. M. ANTONIOLI. — L'O. riferisce su dieci casi di carcinoma primitivo della guancia, operati dal prof. Serafini e seguiti per un lungo periodo di tempo.

Un primo gruppo di 5 casi riguardava malati affetti da tumore ancora limitato alla sola mucosa o che aveva appena inizialmente invaso lo strato muscolare.

Nel secondo gruppo si tratta di estesi carcinomi terebranti con ulcerazione ed invasione della cute sovrastante.

L'intervento operatorio consistette: per i malati del primo gruppo, in una incisione trasversa della guancia, che dalla commissura boccale andava al margine anteriore del massetere e nella resezione ampia, mucosa o mucoso-muscolare del tumore, seguita da sutura dei margini della mucosa e superficialmente della cute.

Nei malati del secondo gruppo si praticò un'ampia escisione di guancia (in due casi con emiresezione della mandibola) seguita da plastica latero-cervicale secondo Israel e da successivi ritocchi. Come tempo preparatorio si procedette in tutti questi casi, alla legatura dell'arteria carotide esterna e allo svuotamento delle linfoghiandole sottomascellari sottomentoniere e carotidee.

L'O. suggerisce infine alcune modificazioni nella tecnica della formazione del lembo alla Israel.

Dei 10 operati, 5 sono viventi e sani dopo un periodo che varia da un massimo di oltre 10 anni, ad un minimo di un anno e mezzo; di questi 5 sopravvissuti 4 appartengono al primo gruppo di malati affetti da lesioni limitate alla sola mucosa, per cui il trattamento chirurgico molto esteso e sopratutto precoce può dunque dare una certa percentuale di guarigioni alcune delle quali si possono considerare come durature.

Tumore baso cellulare a tipo di botriomicoma.

FERRARI. — Il tumore asportato, perfettamente simile all'esterno ad un botriomicoma, presentava invece alla sezione macroscopica due distinti strati di cui l'esterno aveva il predetto aspetto, quello sottocutaneo era invece indurito. L'esame istologico dimostrò trattarsi di un epitelioma baso cellulare.

Influenza del joduro di sodio sulla reazione Wassermann.

VERCELLINO. — Bizzozzero già 18 anni fa aveva trovato che la reazione di Wassermann era favorevolmente influenzata dall'azione del ioduro di potassio somministrato per os. Recentemente aveva fatto eseguire ricerche per saggiare il comportamento della reazione in seguito a somministrazione del sale per via endovenosa, ma dovette arrestarsi in queste ricerche, perchè la somministrazione era dolorosissima.

Al sale di potassio fece sostituire quello di sodio e lo fece somministrare per iniezioni endovenose.

Le ricerche vennero condotte su 17 casi e cioè su ammalati con sifilide latente, con tabe dorsale, con paralisi progressiva. La dose usata era di 10 gr. di ioduro di sodio sciolti in 100 cmc. ripetute per 5-6 volte. La reazione di Wassermann divenne negativa: essa si mantiene tale ancora dopo un mese dalla prima reazione. Sono in corso altri studi per saggiare l'azione di questo medicamento anche nella sifilide secondaria e soprattutto in casi di tabe dorsale.

Gli esiti terapeutici ottenuti in questi ultimi casi sono oltremodo incoraggianti e lusinghieri.

Il Segretario: Dott. VILLATA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

La fisiopatologia degli edemi.

La formazione degli edemi si riferiva un tempo soltanto alla ritenzione clorurata. Le ricerche moderne mostrano che il problema è assai più complesso. Dai rapporti di Blum, Aubel e Pauriac al XIX Congresso francese di medicina, risulta l'importanza specialmente dello jone sodio per la produzione degli edemi; tutti i sali di sodio ne producono ed il sale comune agisce per il sodio e non già per il cloro.

Nella nefrite idropigena, è tutto l'equilibrio minerale che viene turbato. Un disturbo profondo dell'equilibrio minerale dei tessuti aumenta la facoltà d'imbibizione di questi; per tale ragione, si ha la comparsa degli edemi. Il rigonfiamento del muscolo è dovuto alla rottura dell'equilibrio cellulare, causata dall'apporto di un catione, quale è il sodio, in eccesso, che porta all'aumento del potere di imbibizione. A sua volta, il liquido di edema provoca delle perturbazioni negli equilibrî minerali del muscolo che bagna e tutto il decorso normale degli scambi ne viene turbato. Parallelamente allo squilibrio minerale si hanno le lesioni renali, cardio-vascolari e nervose, le quali, clinicamente, comandano gli edemi.

Molto importante è anche il fattore dato dalla pressione osmotica delle proteine. All'origine delle diverse varietà di edemi, (cardiaco, renale, ecc.) si trovano sempre gli stessi fattori meccanici, che si riassumono in uno squilibrio fra la pressione osmotica delle proteine e quella dei capillari; in questi edemi, al contrario degli edemi infiammatorî tossici, o vaso-motori, si trova una scarsa quantità di proteine.

Altri relatori hanno dimostrata l'importanza del fattore renale nella patogenesi degli edemi brightici. Interessante è in questo lo studio dell'eliminazione del cloruro di sodio, che si fa a scaglioni; stabilita un'eliminazione regolare di tale sale, se ne aggiungono nell'alimentazione 10 grammi e si vede che l'ascensione urinaria di questo, si verifica a scaglioni di 3-4 giorni. Se, invece, la permeabilità renale è diminuita, gli scaglioni sono prolungati, ritardati od appena abbozzati.

La ritenzione renale di cloruro di sodio mette poi capo alla idratazione dei tessuti, in conseguenza della necessità dell'equilibrio umorale dei cristalloidi negli umori.

Altre teorie hanno tentato di spiegare gli edemi brightici: 1) in un disturbo dei tessuti; 2) in un disturbo dell'equilibrio acido-base (Fischer); 3) nelle modificazioni del coefficiente lipocitico; 4) nell'abbassamento della pressione osmotica; 5) in alterazioni vascolari. Ora, il fattore vascolare appare ipotetico come quello lipocitico, nemmeno si può sottoscrivere alla teoria di Fischer, tenuto conto che non si possono produrre edemi provocando uno squilibrio acido-base e che non vi è nessun parallelismo fra gli edemi e l'acidosi dei brightici. Più probabile appare la dottrina dell'abbassamento della pressione osmotica.

L'idratazione dei tessuti è da ritenersi un fenomeno complesso; molte teorie hanno il torto di considerare un solo lato del problema. La ritenzione clorurata esiste, i tessuti hanno probabilmente la parte preponderante ed invece la lesione renale ha quella accessoria e non si può dire ancora l'ultima parola. Dal punto di vista pratico è interessante la nozione dell'importanza del sodio, perchè ha portato alla sostituzione del cloruro di calcio a quello di sodio che, quando è possibile, risulterebbe utile.

fil.

L'etiologia dell'aterosclerosi.

Undici anni fa Anitschkow provocò l'aterosclerosi sperimentale mercè un'alimentazione colesterinica. Queste ricerche riportate nell'uomo farebbero considerare l'aterosclerosi come un'alterazione dovuta all'infiltrazione nella sostanza intermedia e nella superficie delle fibre elastiche dei vasi della colesterina. Però lo stesso A. ha asserito che l'etiologia dell'aterosclerosi umana non dipende da una ipercolesterinemia, perchè non v'è identità di produzione tra l'aterosclerosi umana e quella sperimentale: in questa è necessaria una somministrazione abbondante e prolungata di colesterina, ciò che non avviene nell'uomo.

Successivi esperimenti han dimostrato che se sulla parete vasale agiscono fattori meccanici, si ha una deposizione di lipoidi, senza bisogno di ipercolesterinemia; tali depositi sono più marcati se si inietta contemporaneamente adrenalina endovenosa.

In siffatta maniera si possono produrre lesioni isolate di aterosclerosi.

Dalle ricerche emerge che l'ipercolesterinemia agisce sulle pareti delle arterie infiltrandole; in un secondo periodo segue la fase fibrosa.

Basta però un periodo anche breve d'ipercolesterinemia per provocare le lesioni, così una lieve colesterinemia, associata a fattori mec-

canici, o a processi iperplastici della parete vasale, o a speciale predisposizione, danno luogo alla stessa lesione.

Senza negare l'importanza dei fattori tossici, i quali possono agire direttamente sui vasi o sul ricambio colesterinico, resta come principale causa dell'aterosclerosi la colesterinemia, da sola od associata ad altri lipoidi.

(G. Scala. *Folia medica*, settembre 1927, n. 17).

CARUSI.

CASISTICA.

Le emorragie meningee di origine luetica.

Basandosi sopra una osservazione personale il Creyx (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, n. 20, ottobre 1927) tratta abbastanza estesamente il quadro di questa forma morbosa che se non è frequente, non è certo rarissima ed ha in ogni modo grande importanza clinica.

Etiologia: le emorragie luetiche puramente meningee si possono riscontrare nella lues congenita, ma più di frequente nella acquisita. Colpiscono ambedue i sessi con la stessa frequenza e non hanno predilezione per nessuna età. Possono manifestarsi a breve o a lunga distanza dalla infezione primitiva.

Patogenesi: l'ipertensione arteriosa ha certo una azione predisponente. Le lesioni arteriose sono la causa essenziale dell'emorragia; si sa che esse sono frequentissime nella lues. Spesso si tratta di veri aneurismi. Le lesioni possono essere unilaterali o bilaterali, alcuni AA. danno valore alle lesioni simmetriche per ammetterne la natura luetica. La rotture arteriose talora sono minime, di uno o due millimetri. Colpiscono per lo più l'arteria basilare, ma possono colpire anche qualunque altro vaso; vi è una predilezione netta per le grosse arterie.

Quadro clinico: i sintomi fondamentalmente sono quelli così detti di reazione meningea, ma il fatto fondamentale è il carattere apoplettiforme dei disturbi. Una sindrome meningea che sorga bruscamente, brutalmente deve risvegliare nel medico il sospetto di una emorragia, che la puntura lombare confermerà o meno. Tuttavia un carattere personale della emorragia meningea di natura luetica sarebbe dato dall'esistenza di un periodo prodromico. In questo la cefalea occuperebbe il primo posto; da altri AA. sarebbe segnalato uno stato speciale di stordimento, di improvvisi mancamenti; però nel più dei casi la regola dell'inizio brusco ha tutto il suo valore.

Sintomatologia: è delle più disparate e di tutt'altro che facile schematizzazione. Classica è la cefalea, vi può essere vomito o no, può aversi coma vero e proprio o solo uno stato di stordimento. Vi è in genere risoluzione muscolare totale, ma in qualche caso furono notate convulsioni. Lo stato delle pupille è variabile, dallo stato normale alla midriasi. Talora appaiono dei segni di localizzazioni anche in P. in cui all'autopsia si notò trattarsi di pure emorragie meningee senza interessamento della sostanza cerebrale. La febbre, l'albuminuria, la glicosuria possono esistere ma non sono costanti. Circa i sintomi classici di meningite (Kernig, rigidità nucale ecc.) essi talora esistono nettissimi, talora mancano del tutto, e si hanno tutti i casi intermedii. Anche i riflessi hanno dei comportamenti vari. Il Babinsky è incostante. Il liquido cefalo rachidiano fuoriesce sotto pressione ed è emorragico.

Diagnosi: si deve anzitutto decidere che si tratta di una emorragia: ci si baserà sull'inizio brusco, sulla scarsa elevazione febbrile che fa escludere la flogosi meningea, e sulla puntura lombare. Constatata la emorragia si deve decidere se è una forma meningea sottoaracnoidea pura, primitiva, o se si tratta di una forma cerebro-meningea. Parlano in favore di una emorragia sotto aracnoidea pura: l'esistenza di un certo intervallo tra la comparsa dell'itto e quella del coma; la presenza di un semicoma o di un semplice torpore piuttosto che di un coma completo, profondo. L'assenza di segni di lesioni a focolaio; la bilateralità dei segni osservati a carico degli arti inferiori, come la esagerazione dei riflessi, il fenomeno del pollice e il clono del piede.

Riconosciuto che si tratta di una emorragia meningea si deve decidere la causa. Per l'origine luetica si terrà conto della anamnesi, dei segni di lues recenti o antichi, della R. W. nel sangue e nel liquor. Per la R. W. se riesce negativa si pratichi la riattivazione.

Prognosi: Talora la morte è fulminante. La intensità, la persistenza dei fenomeni convulsivi e, sopratutto del coma, l'elevazione progressiva della temperatura, l'ipertensione del liquido cefalo-rachidiano obbligano ad una prognosi assai grave.

Cura: è d'obbligo la cura specifica che fa talora miracoli.

L. TONELLI.

Un caso di piemia con meningite e artriti multiple da bac. di Pfeiffer.

In questi ultimi anni sono stati descritti parecchi casi di meningite da bac. di Pfeiffer.

Th. M. Vogelsang (*Acta medica scandinavica*, vol. LXVIII, fasc. I) ne fa conoscere un caso da lui osservato in un ragazzo di 16 anni, che, oltre alla meningite, presentava artrite dei polsi, delle ginocchia, e delle articolazioni del piede.

Tanto nel liquor che nel pus delle articolazioni si trova un microbo assai polimorfo, che seminato in agar-sangue si sviluppa in colonie piccolissime, trasparenti, e non confluenti. Tale microbo non cresce in brodo e agar comuni, ma solo in terreni contenenti emoglobina. Morfologicamente esso si presenta come un piccolo bacillo, immobile, senza capsula e senza spore, gram-negativo, colorantesi bene con la fuxina diluita, ma talvolta irregolarmente, per cui le estremità appaiono più colorate del centro. Produce indolo; non è emolitico.

Il malato muore in tredicesima giornata di malattia; dal sangue del cuore, prelevato immediatamente dopo la morte, si sviluppa lo stesso germe; che si ritrova anche, insieme ad uno stafilococco, nelle culture allestite con materiale preso dalla gola.

Iniettato in piccola dose nel coniglio per via endovenosa, questo bacillo ha dato setticemia, e morte dell'animale in 14 ore. Nel topo l'iniezione endoperitoneale ha dato la morte, ma le culture del sangue sono rimaste sterili. Nella cavia si è avuta una malattia lieve e passeggera.

Questo bacillo, per la virulenza sugli animali, e per il suo reperto nel sangue, si avvicinerebbe più al *bac. meningitides cerebro-spinalis setticaemica* descritto da Cohen che al classico bac. di Pfeiffer; tuttavia, secondo la maggior parte degli autori, questa differenza di virulenza, e lievi differenze sierologiche che sono state riscontrate, non autorizzano a separare i due microrganismi, facendone due specie microbiche separate.

M. SABATUCCI.

TERAPIA.

Nella gotta cronica.

A. Lutier (*La Presse médicale*, 1° febbraio 1928) consiglia:

1) rimanere in letto al massimo 8 ore, lavorare per 8-10 ore, esercizi fisici per 4 ore (marcia, canottaggio, tennis, ecc.), abituarsi alla pratica della finestra aperta;

2) ogni mattina prendere un « tub » tiepido, seguito da una frizione alcoolica; due volte la settimana, bagno alcalino caldo, seguito da frizione generale o da una seduta di massaggio-impastamento profondo generale;

3) nè tabacco, nè alcool;

4) mangiare poco e lentamente, masticando a lungo. Minestre magre di verdura, di farine, di pasta. Tutte le verdure in abbondanza (salvo le leguminose, i cavoli, barbabietole, acetosella, funghi, tartufi). Latte, latticini, formaggi freschi. Frutta cruda o cotta, creme, pasticci di riso.

A un solo pasto e moderatamente: carni (salvo visceri, carni giovani, selvaggina) o pesci magri, oppure uova (moderatamente). Niente spezie, poco sale.

Due giorni la settimana, regime vegetariano stretto (senza leguminose) con acqua, verdure, frutta a volontà;

5) alla mattina (allo svegliarsi) ed alla sera (al coricarsi) prendere cmc. 200-250 di acqua pura o di infusione diuretica (di foglie di frassino, gambi di ciliegio, di parietaria) o di acqua minerale;

6) per 10-15 giorni al mese prendere 4 volte al giorno (allo svegliarsi, un'ora prima del pasto di mezzodì e della sera e prima di coricarsi) 250 cmc. di acqua minerale con: *a*) una compressa di solurol; *b*) oppure un cucchiaio della seguente soluzione: teobrominato di litina g. 1,5; idrolato di menta cmc. 20; acqua di tiglio q. b. per 150 cmc.; *c*) oppure una delle seguenti polverine: lycetol (tartrato di dimetilpiperazina), urotropina, ana cg. 25; benzoato di sodio cg. 50; *d*) oppure un cucchiaino della seguente polvere effervescente: carbonato di litina g. 10; bicarbonato di sodio g. 50; acido citrico g. 40;

7) una o due volte la settimana, prendere la sera al coricarsi una pillola di cg. 10 di aloe, con polvere di liquirizia q. b.;

8) se la gotta si accompagna ad artrite ed a tofi, prendere ogni giorno (per 15 giorni al mese) dell'atofan (1-2 compresse da 50 cg.) o preparati analoghi;

9) cure idrominerali adatte.

fil.

Le varie forme di obesità ed il loro trattamento.

1) *O. esogena* (da iperalimentazione o da vita sedentaria). Trattamento unicamente dietetico e fisico, educazione igienica, massaggi ed esercizi ginnastici.

2) *O. endogena.* Rara è l'origine endocrina (salvo per l'O. climaterica); può essere dovuta alla tiroide, all'ipofisi, all'ovaia ed in tal caso si ricorre alle relative preparazioni opoterapiche, con una dieta moderatamente ristretta evitando ogni eccesso della tavola. Nell'O. climaterica, si seguirà il trattamento indicato in appresso ed, in presenza di disturbi climaterici si daranno, invece della tiroide o insieme ad essa i preparati di ghiandole sessuali.

La forma più frequente di adiposità è quella tessulare. Nei casi più lievi, basterà il trattamento dietetico-fisico a cui si aggiunge in quelli discretamente gravi, la cura idroterapica e, se questa non basta, la tiroido-terapia; nei casi eccessivi, si ricorrerà anche alla proteinoterapia. Nelle forme mixedematose tardive, che per lo più

sono poco spiccate, si userà un adatto trattamento tiroidinico.

Spesso si ha a che fare con forme miste (O. esogena con O. dei tessuti). In tal caso, si ricorre dapprima alla terapia dietetico-fisica fino ad eliminazione del fattore esogeno e poi, se l'A. persiste, si faranno i trattamenti indicati per l'O. endogena.

3) *O. cerebrale.* È molto rara; se è possibile si farà il trattamento eziologico, che è il più spesso antiluetico.

(*The Endocrine Survey*, vol. IV, n. 4).

fil.

Evidenza statistica del valore dell'insulina.

K. A. Petrén (*British Medical Journal*, dicembre 1927) presenta una statistica di 57 casi di diabete curati coll'insulina durante un periodo di 5 anni (1923-1927). Tutti i casi al loro ingresso in clinica erano in stato comatoso. Di questi 57 casi: 42 sono in vita, 8 sono morti in coma, 7 sono morti di malattie intercorrenti. Paragona poi la sua statistica con quella di Ioslin di 57 casi, nel periodo aprile 1923 al febbraio 1927: 45 in vita, 4 morti in coma, 8 morti di malattie intercorrenti.

Queste statistiche dimostrano il valore della cura insulinica, poichè secondo le ultime statistiche di Malmnos, prima dell'epoca dell'insulina, si aveva il 70 % di mortalità.

L. MOOR.

VARIA.

Variazioni sulla moda femminile.

Nella *Deutsche Med. Woch.* (9 marzo 1928) il noto igienista Rubner traccia le vicende della moda, la quale, in genere, viene imposta dai popoli egemonici. Così un tempo Venezia mise in voga i pantaloni, che presto si generalizzarono.

La moda femminile attuale presenta alcuni vantaggi indiscutibili dal lato igienico: ma sotto molti altri riguardi segna un regresso. Il Rubner calcola che in media il 50 % della superfice del corpo femminile resta, oggi, allo scoperto o quasi e teme che questo esibizionismo possa esser causa di eccitazioni malsane, sovratutto tra i giovani.

Egli ha pesato gli indumenti indossati dalle donne a Berlino; in estate risultano di 915-955 grammi appena; in inverno di 2165-2465 grammi, ossia non raggiungono il peso che alcuni anni addietro comportavano gli abiti estivi (2500-3000 grammi).

La protezione contro il freddo risulta insufficiente durante l'inverno, anche per la natura delle stoffe, poichè si dà la preferenza al tipo « batista », e perchè si riducono al minimo gli strati, atti ad intercettare l'aria, e tutto ciò allo scopo di mantenere sottile la linea. In specie gli arti inferiori sono difesi malissimo dalle calze di seta e da scarpe sottili, aderenti, a tomaie basse.

Il risultato è che le donne vanno incontro a molestie e danni cagionati dal freddo; questi giungono fino alle congelazioni; il Rubner è stato informato, da alcuni chirurgi di paesi settentrionali, che si sono dovuti amputare non pochi alluci e persino i piedi ad alcune eroine della moda, a causa di congelazioni.

Il freddo contribuisce ad impedire l'ingrassamento; ma le donne ricorrono anche a mezzi diretti per raggiungere questo scopo, come l'ipoalimentazione, le purghe, certi rimedi, ecc. Non tutte tollerano siffatte azioni; così il Rubner si spiega come la mortalità femminile sia oggi aumentata tra 20 e 26 anni, ossia nell'età in cui si fa sentire di più la tirannia della moda. Si dimentica che una certa quantità di tessuto adiposo è utile come riserva nelle malattie infettive e anche per la protezione contro il freddo.

Presso il Rubner non trovano grazia neppure i *dessous* femminili, perchè oggi coprono molto imperfettamente la superficie cutanea, la quale viene quindi a trovarsi a contatto diretto con gli abiti esterni, che s'impregnano di sudore e di rifiuti cutanei in quanto, a differenza della biancheria, non sono lavabili. La nettezza viene dunque a scapitarne.

Naturalmente, il Rubner condanna senz'altro i cosmetici e le truccature, che costituiscono un nonsenso igienico.

Oggi si proclama di voler « razionalizzare » la vita; ma molte innovazioni della moda femminile sono decisamente contrarie al raziocinio. Le donne lo riconoscono, ma si piegano. Il vecchio igienista confida, però, nell'instabilità perenne della moda.

L. V.

POSTA AMMINISTRATIVA:

Modificazioni sulla fascetta di spedizione:

Dovendosi quanto prima approntare il rifornimento delle fascette per la spedizione dei fascicoli del "Policlinico„ agli abbonati, l'amministrazione prega coloro che desiderano apportarvi correzioni, aggiunte, ecc. di volerne dare sollecita comunicazione, mediante cartolina postale affrancata con 30 centesimi, applicandovi possibilmente copia della fascetta con le varianti desiderate.

L'editore

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

L'assicurazione malattie e la pletora medica al Convegno del Sindacato Medico Fascista.

Il giorno 5 maggio c. a. si è tenuto un convegno del Direttorio nazionale e dei Segretari provinciali del Sindacato medico fascista. Diversi medici condotti intervennero quali Segretari provinciali o delegati di Sindacati.

Il Segretario Nazionale Fioretti fece una dettagliata relazione sull'opera svolta a favore della classe medica ed ebbe l'approvazione ed il plauso degli intervenuti.

Per l'assicurazione sulla tubercolosi espose — quale membro della commissione — le disposizioni principali per cui la legge beneficierà circa la metà della popolazione, ossia tutte le persone con un reddito inferiore a L. 800 al mese.

Si inizierà col 1° luglio la sua applicazione: i contributi che verseranno i datori di lavoro ed i lavoratori — una lira ogni quindici giorni — formeranno somme ingenti che daranno la possibilità di sviluppare integralmente il programma: cure a domicilio, cure sanatoriali, dispensarii, centri diagnostici, sussidi, ecc.

La classe medica deve dare tutta l'opera sua per la buona soluzione pratica di questo problema sociale.

L'assicurazione sulle malattie — che non è che l'applicazione totale del concetto, che ha ispirato la formazione in primo tempo dell'assicurazione sulla tubercolosi e che è ben chiarita nella carta del lavoro — ha formato il tema principale del convegno.

Il dott. Fioretti ha sviscerato il problema in tutti i suoi aspetti: l'assistenza potrà essere fatta o da un istituto statale o da un sistema ridotto servendosi delle mutue già in funzione e delle mutue da costituirsi in ogni paese. Si dovrà dare all'assicurato l'assistenza sanitaria, le medicine, la cura ospitaliera, il sussidio. Egli è favorevole al sistema delle mutue, con libera scelta, pagamento a notula, limitazione del numero: ma praticamente vede le difficoltà di tale sistema. Più facile sarebbe il sistema a *forfait* con limitazioni ed esclusioni. Nulla però vi è ancora di precisato e di fatto: perciò è utile la discussione.

Il dott. Vacino, quale rappresentante del Sindacato di Vercelli, sostiene che in tale argomento deve avere l'applicazione esatta la legge sindacale, trattandosi di un contratto di lavoro tra due collettività: ed è perciò che il sindacato medico potrà nell'estensione di tale contratto portare il forte contributo dell'esperienza dei medici. La classe medica è sempre stata favorevole all'assicurazione delle malattie ed ancora oggi riafferma la sua piena adesione a tale legge voluta dal governo fascista: solo intende far pervenire alla commissione che elabora il progetto i dati della propria esperienza, perchè senza una collaborazione sincera della classe medica tale legge non potrà avere applicazione pratica efficace.

Esamina le varie forme di possibilità di svolgimento: l'istituto assicuratore statale trasformerebbe i medici in impiegati statali, o parastatali e quindi per disposizioni precise della legge sindacale non potrebbero più entrare nella discussione dei patti di lavoro. Invece l'istituzione delle mutue porterebbe di diritto a trattare delle condizioni di contratto.

Passa in rassegna le varie forme di mutue; sono dannose moralmente più che materialmente le mutue a stipendio fisso, od a *forfait* capitario, senza limitazioni: sono buone le mutue con libera scelta, pagamento a notula, limitazione di numero: vaglia le ragioni portate pro e contro ogni sistema e conclude affermando questi tre principî: 1) rispetto dei diritti acquisiti dai medici già in servizio presso comuni, opere pie, ospedali, ecc.; 2) definizione di uno stato giuridico preciso per le nomine, concorsi, carriera, pensione, ecc.; 3) retribuzione con stipendio fisso residenziale e compenso delle singole prestazioni secondo una tariffa da concordarsi tra Sindacato medico ed istituti assicurativi. La sua tesi fu favorevolmente accolta.

La discussione si è protratta a lungo tutti dimostrando di essere favorevoli al principio fondamentale dell'assicurazione malattie e contrarii invece al compenso fisso, senza limitazioni, favorevoli alla libera scelta, al pagamento a visite, alla limitazione del numero degli assicurati: ed in tal senso fu presentato un ordine del giorno, approvato all'unanimità specie per la 1ª parte.

Il dott. Pesce di Trento ed il dott. Cipollini di Novara parlano nell'interesse dei medici ospitalieri.

Il rappresentante di Trento spiegò il funzionamento delle casse malattie, esistenti già sotto il governo austriaco, portò molti dati interessanti, e concluse dimostrandosi poco soddisfatto di tali casse: specie se non vi ha la libera scelta ed il pagamento a visite.

Il rappresentante di Torino dott. Amati e quello di Milano prof. Baslini ricordano di aver stabilito mutue con compensi fissi e dichiarano che i medici sono soddisfatti: l'assemblea si dimostra poco persuasa.

Il rappresentante di Cremona dott. Ronconi spiega come funzionano le mutue nella sua città, con soddisfazione generale, col sistema della libera scelta e del pagamento a visite.

Parlano ancora molti altri: il dott. Buonsanti si dichiara favorevole alla libera scelta e pagamento a visite: il dott. Filippini di Trieste illustra una relazione preparata sull'argomento per incarico del Direttorio nazionale dei Sindacati medici fascisti.

In conclusione l'assemblea si augura che sia nominato nella commissione che deve preparare il regolamento un rappresentante del Sindacato me-

dico — e si fa il nome dell'on. Guaccero — perchè siano sostenuti i concetti espressi dall'assemblea.

Esaurito l'argomento preoccupante per tutta la classe il Seg. Naz. insiste sulla necessità di studiare qualche rimedio contro la *pletora medica*: chi propone l'albo chiuso come per i notai e gli avvocati; chi propone l'esame di stato rigoroso; chi la limitazione delle iscrizioni all'università; chi la propaganda nei licei per evitare le iscrizioni. Egli si dimostra poco persuaso di tutti i rimedi proposti: vede solo nell'*albo chiuso* la possibilità pratica di una soluzione: e l'assemblea dopo varie considerazioni di alcuni oratori vota in tal senso.

Il Segr. Naz. Fioretti per ultimo richiama l'attenzione dei colleghi su alcuni casi pietosi di medici vecchi, incapaci di guadagnarsi da vivere, senza pensione, che versano nella vera miseria. Si impone un provvedimento che egli avrebbe concretato nella *Casa o Cassa del Medico*. L'assemblea lascia al Segr. Naz. di provvedere nel miglior modo possibile.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Amministrazione Provinciale.* — Due posti nel Lab. Prov. d'Igiene e Profil.; scad. 30 giu. V. fasc 22.

BENEVENTO. *R. Prefettura.* — Uff. san. consorzio; scad. 45 gg. dal 12 mag. V. fasc. 22.

BERNARESCO (*Milano*). — Consor.; al 20 giu.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15; doc. a 3 mesi dal 20 mag.; L. 9000 e 5 quadr. dec.; addizion. L. 3 oltre i 3000 pov.; se uff. san. L. 1000 in sopra; mezzo trasp. L. 1000.

BOLOGNA. — Scad. 30 giu.; titoli ed eventualm. esame; 3 condotte; L. 8800 e L. 9000, 5 quadrienni dec., addizion. L. 3 oltre i 1000-1300 pov., L. 500-3000 trasp., L. 1000 ambulat.; età limite 45 a.; tassa L. 50.15.

BOLZANO (*Trento*). — Direttore Dispensario celtico. Scad. 20 giu. V. fasc. 22.

CAPOVALLE (*Brescia*). — Scad. 20 giu.; consor.; L. 10.000 e 6 quinq. dec., L. 1200 indenn. alloggio; L. 500 uff. san.; L. 2500 cav., c.-v.; età limite 40 a.; tassa L. 50.10.

CARPI (*Modena*). *Ospedale Congregazionale B. Ramazzini.* — Medico chirurgo radiologo; L. 5000, c.-v., 10% indenn. supplement., 40 % introiti. Scad. 25 lug.

CASTEL DI LAMA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 15 giu.; L. 8500; addizion. L. 3 oltre il 25% della popolaz. e L. 4 oltre i 1000 iscritti; indenn. laurea L. 500; trasp. L. 2700; 5 quadrienni dec.; tassa L. 50.20.

CASTELFIDARDO (*Ancona*). — 1ª condotta prevalentemente chirurgica; a tutto 24 giu.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., riconoscim. 6 anni; L. 3000 per direz. Ospedale Civico Umberto I; L. 1000-2000-3000 trasp.; tassa L. 50.10; età lim. 25-45 a.; doc. a 3 mesi dal 25 mag. Serv. entro 20 gg. Chiedere annunzio.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — Prima condotta; capoluogo; L. 9500 oltre L. 1520 se coniug., L. 680 se celibe, L. 3500 trasp., L. 500 uff. san., sei quadrienni dec.; riconosc. due quadrienni serv. ant. Scad. 25 giu.

CIRIÈ (*Torino*). — Scad. 30 giu., 2 condotte; L. 8000 e 5 quadrienni dec., c.-v., età lim. 45 a.; tassa L. 25.05.

COMACCHIO (*Ferrara*). — Per S. Giuseppe; lire 10.000 oltre L. 3000 assegno complement., lire 2500 cav. (in corso aumento a L. 3500); scad. ore 18 del 15 giu.; età lim. 35 (40) a.; tassa lire 50.05; docum. a 3 mesi dal 7 mag.

ELSANF (*Istria*). — Scad. 15 lug.; L. 8500 e 4 quadrienni dec.; riconoscim. servizi precedenti; L. 2000 obbligo mezzo trasp.; c.-v.; L. 1000 aumentabili se uff. san.; tassa L. 50.15.

FICAROLO (*Rovigo*). — Scad. 16 giu.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15; L. 8000 oltre L. 800 indenn. serv., L. 1000-1500-3000 trasp., L. 400 ambulat., L. 500 uff. san.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Aiuto medico; L. 7050 e c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. poster. al 25 mag. (*sic*). Chiedere annunzio. Scad. ore 17 del 25 giu.

FORLÌ. — Scad. 15 giu.; per S. Martino in Strada; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 trasp.; età lim. 39 a.; tassa L. 50.

GILDONE (*Avellino*). — Scad. 30 giu.; L. 5500 (*sic*) comprese funzioni uff. san.; età lim. 40 a.

GORIZIA. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. Med. Micrograf. del Labor. Prov. d'Igiene e Profil.; L. 13.000, oltre L. 4200 serv. att., c.-v., età lim. 45 a. Assistente per detto; L. 10.000 e L. 2000, c.-v., età lim. 35 a. Per i due posti 5 quadrienni dec.; tassa L. 50,10. Scad. 3 lug.

GUGLIONESI (*Campobasso*). — Scad. 25 giu.; L. 7000; quinquenni dec.; età lim. 39 a.

ISOLA DELLE FEMINE (*Palermo*). — Scad. 16 giu.; L. 9200 con eventuali minorazioni previste dal R. D. 29 dic. 1927 n. 2672; addizion. L. 5 oltre i 1000 pov.; 5 quinquenni dec.; L. 500 se uff. san.

LA SPEZIA. *Amministraz. Provinc.* — Due posti nel Laborat. Provinc. d'Igiene e Profilassi; scad. 15 lug. V. fasc. 22.

LECCE. *Amministr. Provinc.* — Coadiutore medico del Labor. Prov. d'Igiene e Profilassi; L. 9000 e 3 quadrienni di L. 700, serv. att. L. 1700, c.-v.

LIVORNO. — Direttore Dispensario profilattico centrale « G. Bandi »; L. 14.000 e 4 quinquenni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.05. Dom. e doc. alla Segreteria del Consorzio (palazzo Provinciale), via Goldoni 5. Scad. 20 giu.

MATERA. *Ospedale Civile Vitt. Em. III.* — Due posti; scad. 30 giu. V. fasc. 22.

MODENA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e capo dell'Ufficio d'igiene del Comune di Carpi; al 31 lug. ore 18; titoli ed esami; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 25 mag.; tassa L. 50.20.

MUSSOLENTE (*Vicenza*). — Scad. 15 giu.; L. 8000 oltre L. 1200 serv. att., c.-v., indenn. trasp., indennità uff. san.

PADOVA. *Ospedale d'Isolamento.* — Medico residente; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1500 serv. attivo e c.-v., alloggio pel titolare e famiglia, con obbligo di abitarvi; riconoscim. servizi anter.; scad. 30 giu.; domande al Comune; età lim. 30 a.; certificato politico; divieto compensi da privati; tassa L. 50.10 al Tesoriere comun. Chiedere annunzio.

PAESANA (*Cuneo*). — Scad. 19 giu.; per Santa Maria; L. 8000 con le riduzioni di legge.

PALERMO. *Consorzio Antitubercolare della Provincia.* — Direttore sanitario; L. 18.000 e 5 quadrienni dec.; serv. att. L. 6000; c.-v.; scad. ore 18 del 10 lug.; età lim. 45 a. al 18 mag.; titoli ed esami (4 prove); chiedere annunzio.

PAMPARATO (*Cuneo*). — A tutto 15 lug.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15; doc. a 3 mesi dal 1° giu.; L. 10.000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san. Serv. entro 10 ott.

PERGOLA (*Pesaro Urbino*). — 3ª cond., per 9 fraz.; a ore 12 del 20 giu.; età lim. 40 a.; doc. a 6 mesi dal 1° mag.; L. 8000 oltre L. 3500 (rivedibili) cavalc., c.-v., addizion. L. 2 oltre i 500 pov. e L. 3 oltre i 1000, 5 quadrienni dec.; tassa L. 50.10; chied. annunzio.

POMPONESCO (*Mantova*). — Scad. 15 giu.; lire 9000 e 4 quadr. dec., c.-v., se uff. san. L. 500, mezzo trasp. L. 2500, eventualm. direz. Osped.; pigione dietro corrispett. L. 500; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10.

PROGNO (*Verona*). — Scad. 20 giu.; L. 9000 oltre c.-v. di L. 1200, 4 quinquenni dec., L. 3000 cav., L. 600 uff. san.

REGGIO CALABRIA. *Amministrazione Provinciale.* — Concorsi nel Laborat. Provinc. d'Igiene e Profilassi; vedi fasc. 21; scad. 22 giu.

Direttore Sanitario del Brefotrofio; L. 5000 (*sic*) e quadrienni decimo fino a L. 7000, c.-v.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Sono prorogati al 30 giugno i concorsi per esami a 34 posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe, per esami e titoli e a 4 posti di assistente medico nel Laboratorio di Micrografia e Batteriol. della Sanità Pubbl. ecc.

SALSOMAGGIORE (*Parma*). — 3ª condotta; proroga al 31 lug., ore 18.

S. MAURO CILENTO (*Salerno*). — Scad. 20 giu.; L. 7000 e 4 quadr. dec., L. 500 uff. san.; tassa L. 50.10.

SAVONA. *Amministr. Provinc.* — Direttore Sez. Medico-Micrograf. Laborat. Provinc. d'Igiene e Profil.; L. 15.000 oltre L. 2800 serv. att.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

Aiutante preparatore; L. 7000 e L. 1000; età lim. 35 a.; tassa L. 25.05. Per i due posti 5 trienni dec., c.-v.

SEMINARA (*Reggio Cal.*). — Scad. 40 giorni dal 18 mag.; L. 6000 (*sic*) e 4 quadrienni dec., oltre L. 2500 cav. Doc. a 3 mesi. Età lim. 45 a. Tassa L. 50. Le condotte sono due.

TRAPANI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Castelvetrano; scad. 30 giu. V. fasc. 22.

TRECENTA (*Rovigo*). — Scad. 30 giu.; 1° reparto; età lim. 45 a.; L. 8000 e 5 quadr. dec., c.-v.; L. 800 serv. att., L. 600 se uff. san.; tassa lire 50.10.

TREVISO. *Deputazione Provinciale.* — Proroga al 15 lug. V. fasc. 22.

TRIESTE. *Amministrazione della Provincia.* — Direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale « A. di S. Galetti » e dell'Ospedale dei Cronici di Trieste; L. 24.000 oltre supplem. serv. attivo; alloggio; obbligo di residenza nello Stabilim.; scadenza ore 16 del 25 giu.; età lim. 45 a.; doc. a 2 mesi dal 23 mag.; tassa L. 50 alla Ricevitoria Provinciale.

TRIPOLI. — Direttore Dispensario Antitubercolare; L. 14,000 e 5 quadrienni dec., oltre indenn. resid. eguale a metà stipendio; se conoscenza lingua araba L. 1000; scad. 15 lug.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15; deposito reperibile di L. 1000; chied. annunzio; rivolgersi al Municipio.

VENEZIA. — Al 25 giu., medico igienista per la vigilanza del suolo e dell'abitato; medico scolastico Al 10 lug. assistente del Laborat. micrograf.; medico per la profilassi. Rivolgersi alla Segreteria dell'Ufficio d'Igiene.

VERONA. — Scad. 30 giu., ore 16; 3 condotte; L. 8000 e 9000; 4 quadrienni; serv. att. L. 1400 e 1700; c.-v.; trasp. L. 1000-3000 per due delle condotte; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 20 mag.; tassa L. 50.10; chied. annunzio; serv. entro 15 gg.

VIARIGI (*Alessandria*). — Scad. 30 giu.; L. 7000 (*sic*), oltre L. 500 (*sic*) trasp., eventualm. L. 500 uff. san.

VICENZA. — Scad. 25 giu.; medico condotto supplente; L. 9000 e 6 quadr. dec.; serv. att., c.-v.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.10.

VILLA DEL NEVOSO (*Carnaro*). — Scad. 30 giu., consor.; L. 8500, c.-v., L. 2000 trasp., per uff. san. da L. 1000 in sopra; età lim. 35 a.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Carlo Vercesi è nominato, in seguito a concorso, titolare di clinica ostetrica nella R. Università di Sassari.

Alla Facoltà Medica di Buenos Aires sono stati nominati: J. Iribarne, professore di ginecologia clinica; C. Robertson Lavalle, professore di patologia chirurgica.

Il prof. C. Viale, di fisiologia a Sassari, è stato nuovamente assunto dalla Facoltà Medica di Córdoba, per un periodo di cinque anni, quale direttore dell'Istituto fisiologico.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Londra.

La celebrazione del terzo centenario Harveyano.

L'Inghilterra, organizzando in modo veramente ammirabile la celebrazione del terzo centenario dalla pubblicazione del libro di Guglielmo Harvey sulla circolazione del sangue (1628), ha dimostrato di saper onorare le glorie nazionali nel campo scientifico con un consenso che si può veramente chiamare eccezionale di tutta la parte migliore del paese. Alle cerimonie, preparate dal Reale Collegio dei Medici che è la più antica e autorevole corporazione medica inglese, che si onora di aver avuto Harvey tra i suoi membri, parteciparono, in manifestazioni solenni per fasto e per dignità, il Re ed i Principi di Casa Reale, i ministri e le alte autorità politiche, i membri dell'Assemblea Legislativa, gli alti dignitari ecclesiastici, i presidenti delle grandi corporazioni, i professori delle università, ed esse si svolsero secondo un programma esattamente stabilito nel quale era fatta larghissima parte anche all'esame e allo studio dell'opera di Harvey e dei suoi precursori e successori.

A questa celebrazione assistettero più di cento erano rappresentate. Noto fra i presenti, per non nominare che alcuni fra i più illustri, il venedelegati dall'estero e tutte le nazioni civili vi rando Pavlov di Leningrado, rappresentante dell'Accademia delle Scienze, accolto da quelle vive e sincere dimostrazioni di simpatia che competono al decano della moderna fisiologia; Wenckebach, il clinico di Vienna, Chauffard di Parigi, Welch, l'insigne patologo di Baltimora, Gley di Parigi, O. Loewy; fra gl'inglesi Barcroft, Sherrington, Rolleston, Mackenzie, l'illustre etnologo Frazer, l'antropologo Arthur Keith. L'Italia era rappresentata dal prof. Arturo Castiglioni delegato dell'Università di Padova e dal prof. Mariano Patrizi dell'Università di Bologna; il prof. Castellani, il nostro insigne clinico che dirige l'Istituto delle malattie tropicali di Londra ed era stato incaricato di rappresentare l'Accademia delle Scienze di Roma, non potè intervenire alla riunione, essendo ritornato dall'America appena dopo finita la celebrazione; a questa assisteva quale invitato il sen. prof. Giulio Fano dell'Università di Roma, socio onorario della Società Inglese di Fisiologia. È opportuno notare, non senza legittima soddisfazione, che in tutte le cerimonie e da parte di tutti gli oratori si ebbero vive e cordiali manifestazioni di simpatia all'indirizzo dell'Italia: manifestazioni che in certi momenti assunsero il carattere di dimostrazioni veramente entusiastiche. Al solenne ricevimento dei delegati a Buckingam Palace che ebbe luogo la mattina del 14, S. M. il Re d'Inghilterra nel suo discorso accennando al fatto che la scienza non conosce confini di razza nè di nazione soggiunse che la vita di Harvey nè è una prova essendo egli stato allievo di quella antica e illustre università di Padova della quale egli si diceva particolarmente lieto di salutare il rappresentante.

Nel colloquio col rappresentante dell'Università di Padova Sua Maestà espresse nella forma più cortese la sua soddisfazione di questa partecipazione.

Nel pomeriggio del giorno stesso ebbe luogo il solenne ricevimento nella Biblioteca del Regio Collegio dei Medici (Royal College of Physicians) che ha la sua sede in un magnifico palazzo storico, ornato delle statue dei più illustri scienziati inglesi. Nella grande sala si trovavano raccolti in attesa degli ospiti, i membri del Collegio con a capo il loro illustre presidente, Sir John Bradford, tutti nell'abito rosso tradizionale; il presidente portava la storica zimarra di velluto nero a bordi d'oro e innanzi a lui sul tavolo era poggiata sul cuscino di velluto rosso, la magnifica mazza d'argento che costituisce una delle insegne del Collegio: un'altra insegna è la collana d'oro cesellato, gioiello di squisita fattura italiana del Rinascimento.

Sfilarono quindi, accolti dal deferente cordiale saluto dell'Assemblea, i rappresentanti di sessanta università di ogni parte del mondo, tutti vestiti dell'abito accademico e ciascuno di essi presentò al presidente del Collegio un indirizzo d'omaggio. Le nostre università inviarono indirizzi latini nei quali concordemente si affermava la parte avuta dagli italiani precursori dell'opera di Harvey; l'Università di Atene inviò un magnifico indirizzo miniato esteso in greco antico. Taluni di questi indirizzi erano vere opere d'arte; particolarmente ammirato fu quello di Bologna, scritto e miniato su pergamena, coi ritratti di Cesalpino, di Realdo Colombo, di Gabriele Falloppio e di Marcello Malpighi. Alla presentazione degli indirizzi seguirono i discorsi d'elogio tenuti dai proff. Sherrington, Chauffard di Parigi e Keibel di Berlino.

Una delle cerimonie più caratteristiche, fu il ricevimento offerto dalla Compagnia dei Droghieri, una delle più ricche e possenti corporazioni inglesi, il lunedì sera, nella magnifica residenza della Compagnia alla quale Harvey appartenne.

L'Istituto Fisiologico dell'Università di Londra preparò una grande riunione scientifica nella quale anzitutto fu girata una bellissima pellicola cinematografica per mostrare ai convenuti gli esperimenti fatti da Harvey e ricostruiti fedelmente sulla base delle indicazioni contenute nel suo libro Io credo che difficilmente si possa immaginare uno spettacolo più attraente e più suggestivo di quello al quale assistettero coloro che furono invitati a questa riunione. La ricostruzione degli esperimenti fin nei più minuti particolari con la contemporanea presentazione del testo originale delle pagine di Harvey e di altri autori, nelle quali si accenna alle singole prove, costituì una dimostrazione eloquente e in certi punti drammatica della storia della scoperta della circolazione del sangue. Certo alcuni degli esperimenti furono praticati da altri prima che da Harvey: senza alcun dubbio lo scopritore della

circolazione fu il nostro Cesalpino al quale spetta il merito della prima idea e delle prime prove, ma per quanto in linea storica la esposizione non possa considerarsi tale da dare una giusta idea della cronologia della scoperta, l'idea di ricostruire esperimenti di antichi maestri fedelmente e attenendosi alle loro indicazioni deve essere considerata, a parer mio, come oltremodo felice, ed è da augurare che questa ed altre pellicole simili vengano mostrate agli studenti nelle università per dar loro la visione chiara e precisa della difficile e penosa via che il pensiero umano dovette percorrere per giungere alla scoperta della verità.

Seguirono quindi interessanti comunicazioni sulle più recenti ricerche nel campo della fisiologia del sangue e della circolazione; quindi gli invitati visitarono l'esposizione preparata nelle sale del *College*. Libri preziosi e fra questi moltissimi incunaboli italiani di soggetto medico, una stupenda collezione di ritratti di medici insigni, alcuni fra i quali dovuti ai pittori inglesi più illustri, documenti e diplomi fra i quali quello ottenuto da Harvey a Padova nel 1602, la ricchissima collezione di oggetti d'arte appartenenti al Collegio, infine tutti i documenti che ne garantiscono i privilegi, erano esposti all'ammirazione degli ospiti. Certo sarebbe difficile immaginare una più degna e più preziosa raccolta e non è senza un senso d'invidia che noi abbandoniamo quelle sale, nelle quali vi sono tanti tesori di provenienza italiana, pensando con rimpianto ai documenti, ai libri, alle raccolte che furono possessò delle antiche nostre corporazioni delle Arti, ricche e gloriosissime, e che andarono disperse nelle avverse fortune delle contese e delle guerre che straziarono l'Italia. Questa preziosa documentazione, che forma il maggior tesoro del grande Collegio Inglese e che ne costituisce un titolo di antica nobiltà, è nello stesso tempo parte importantissima della storia della vita scientifica intellettuale e politica del paese. Tutti i grandi avvenimenti della storia inglese hanno lasciato qualche traccia nella storia della Corporazione, considerata da inglesi e da stranieri come un'istituzione possente e rispettata, degna e valida protettrice della dignità scientifica e della libertà professionale dei suoi affigliati.

A dare un quadro completo della vita scientifica e professionale inglese e della venerazione con la quale le opere dei grandi medici del passato sono considerate come prezioso possesso della nazione tutta, valsero le cerimonie organizzate in altre sedi come quella nella storica sala della Corporazione dei Mercati Sarti, alla quale intervenne in forma ufficiale il Principe di Galles. È noto come queste Corporazioni londinesi non abbiano più in realtà nulla da fare col mestiere del quale portano il nome ma siano soltanto grandi organizzazioni che dispongono di fondi ingenti e che si occupano soprattutto di beneficenza. Alla Corporazione dei Sarti fu iscritto a suo tempo Harvey non altrimenti che il nostro divino Alighieri fu iscritto a quella degli speziali e ciò spiega il motivo della bellissima festa. Non meno interessante dal punto di vista storico fu il grande banchetto offerto nella meravigliosa sala cinquecentesca nell'Ospitale di S. Bartolomeo, uno dei più antichi della metropoli, del quale Guglielmo Harvey fu per lunghi anni medico primario, fino a che in seguito alle vicende politiche che portarono alla caduta di Carlo I, del quale egli fu medico e amico fedelissimo, dovette abbandonare il suo posto.

Ma il culmine delle onoranze si ebbe nella grande riunione tenutasi al Guildhall, lo storico palazzo che è sede del Municipio della City, la sera del 17 maggio. Erano riuniti intorno alle tavole, nell'immensa sala decorata di trofei, di arazzi, di magnifici quadri, più di cinquecento convitati, fra i quali le più eminenti personalità fra gli scienziati di tutto il mondo. Assistevano alla solenne celebrazione i ministri di Stato, tutti gli ambasciatori delle Grandi Potenze, gli arcivescovi di York e di Canterbury, i rettori di tutte le università inglesi, i presidenti di tutte le grandi associazioni e moltissimi membri dell'alta aristocrazia e della Camera dei Comuni. Dopo i rituali omaggi al Re, alla Regina ed ai Principi di Casa Reale prese la parola il ministro Chamberlain il quale in un magnifico discorso di saluto ai delegati, e accennando particolarmente alla presenza di un rappresentante dell'Università di Padova, tessè un eloquente elogio della scienza medica e del contributo da essa portato al benessere dell'umanità e alla floridezza dello Stato. Affermò con nobili parole che la medicina è il fondamento di ogni moderna cultura e che il medico è il più degno e prezioso collaboratore dell'intelligente uomo di Stato; e dalla concordia di scienziati di tutte le Nazioni convenuti a celebrare un grande avvenimento scientifico trasse i migliori auspici per le sorti dell'umanità avviata a sempre maggiori destini.

Al discorso del Ministro rispose, in nome di tutti i delegati stranieri, il prof. Castiglioni dapprima in lingua inglese dicendosi lieto di portare il saluto dei rappresentanti di tutte le nazioni straniere e in primo luogo quello della Università nella quale Harvey, allievo di Fabricio, d'Acquapendente, avendo appreso l'opera dei grandi precursori e particolarmente i geniali esperimenti di Cesalpino, ebbe la preparazione al suo lavoro scientifico. Il prof. Castiglioni accennò quindi alle relazioni culturali strettissime che particolarmente nell'epoca del Rinascimento furono fra le università inglesi e quelle italiane e affermò che alla corona di gloria che il mondo intesse alla memoria di Guglielmo Harvey non può mancare la fronda di lauro offerta dall'Italia. Dopo aver accennato a quel periodo glorioso della storia dell'Università padovana nel quale Galileo gettò le fondamenta della scienza sperimentale e da ogni parte del mondo accorrevano gli allievi ad ascoltare gl'insegnamenti dei più illustri scienziati del tempo, così che Padova parve veramente maestra, come affermò il Haller, al mondo intero, l'oratore dimostrò la stretta relazione esistente fra gli esperimenti di Harvey e quelli dei grandi maestri ita-

liani. Ricordò infine altri due medici illustri: Giorgio Ent al quale il libro di Harvey è dedicato e Giovanni Caius fondatore del celebre Collegio di Cambridge, che entrambi, dopo essere stati allievi dell'Università padovana, furono presidenti del Reale Collegio dei Medici di Londra. Quindi prendendo la parola in lingua italiana, in mezzo alla più intensa attenzione dei convenuti, egli disse di sentirsi pienamente in diritto di rendersi interprete dell'omaggio degli scienziati di tutto il mondo servendosi della lingua di Dante che all'epoca di Harvey, parlata alla corte di Carlo I ammiratore dell'Italia come a quella di Maria dei Medici, era considerata lingua dei dotti e degli uomini colti di tutta Europa e dopo aver detto quale sia stata l'azione esercitata dagli scienziati italiani del Rinascimento sul rinnovamento degli studi anatomici e fisiologici, chiude ricordando la secolare amicizia del popolo italiano e di quello inglese, affermata in tutti i campi della vita scientifica, artistica e politica delle due nazioni e suggellata dal fervido pensiero dei più nobili figli dei due paesi. Il discorso del prof. Castiglioni, che fu poi riportato dal « Times » e dai maggiori giornali inglesi, fu salutato da una entusiastica dimostrazione di simpatia all'Italia, che ebbe un carattere veramente commovente.

Seguirono quindi altri discorsi fra i quali quello di saluto e di ringraziamento del presidente del Collegio, Sir John Bradford, un altro molto brillante dell'arcivescovo di York che parlò dell'unione della scienza e della religione ed una notevole orazione del prof. Wenckebach della Clinica di Vienna.

Nei giorni seguenti ebbero luogo le visite ai due grandi centri universitari di Oxford e di Cambridge con una serie di altre interessanti cerimonie e con la visita degli Istituti scientifici, delle biblioteche e di quei grandi laboratori di fisiologia che sono a buon diritto considerati fra i più celebri d'Europa. La cordialità dei colleghi inglesi nel dimostrare la loro simpatia agli ospiti e il compiacimento per la loro visita fu veramente superiore ad ogni attesa. In tutti i convenuti rimase il ricordo graditissimo d'aver veduto ed appreso molte cose belle ed interessanti: negli italiani il convincimento che gli uomini colti in Inghilterra, e più particolarmente i medici, sanno apprezzare al giusto valore il contributo portato dall'Italia al progresso della scienza e ne seguono il duro travaglio con la più grande simpatia e con la più viva ammirazione.

La stampa inglese pubblicando una serie di articoli dedicati all'avvenimento scientifico e alla partecipazione dell'Italia, la nostra colonia seguendo lo svolgersi di questo interessante episodio anglo-italiano con fervido interesse, il nostro illustre Ministro a Londra, S. E. Chiaramonte Bordonaro, intervenendo alle cerimonie e accogliendo la rappresentanza italiana con la più squisita cordialità, contribuirono a dare a questa solenne celebrazione un altissimo significato.

ARTURO CASTIGLIONI.

NOTIZIE DIVERSE.

I servizi igienico-sanitarî al Senato.

Discutendosi il bilancio dell'Interno al Senato, il sottosegretario on. Michele Bianchi ha pronunziato un lucido discorso, denso di dati.

Ha rilevato che i problemi relativi all'assistenza e beneficenza pubbliche hanno continuato a richiamare la vigile, premurosa attenzione del Governo Fascista. Tra le più recenti provvidenze, va segnalata la riforma istituzionale delle Congregazioni di Carità, alle quali è stato attribuito un ordinamento analogo a quello podestarile. L'oratore ha poi illustrato la poderosa azione svolta dall'Opera Nazionale per la Maternità e l'Infanzia. Ha accennato all'impulso impresso alla costruzione di nuovi nosocomi.

Per quanto riguarda la Sanità Pubblica, il Capo del Governo prende interesse personale a tutte le misure dirette a salvaguardare l'integrità fisica e la salute della Nazione. È stata intensificata la lotta contro tutte le malattie sociali. In particolare i bilanci dei consorzi antitubercolari per il 1927 segnano un incremento delle entrate, salite ad oltre 40 milioni di lire, di cui 18 erogati per l'assistenza ai tubercolotici. Sono in corso molti lavori per approvvigionamento idrico, nonchè altre opere igieniche a vasta portata.

Provvedimenti sanitarî.

Il Consiglio dei ministri ha approvato un provvedimento legislativo, recante modifica al R. D. L. 7 agosto 1925, n. 1732, sulla protezione e commercio delle specialità medicinali, allo scopo di rendere più efficaci le disposizioni tutelatrici della pubblica salute e della moralità; e di coordinare le disposizioni della legge interna con alcune opportunità di ordine internazionale.

Ha anche approvato uno schema di Regolamento per l'esecuzione della legge 23 giugno 1927, n. 1264, sulle arti ausiliari delle professioni sanitarie, redatto in seguito al parere di una speciale Commissione, composta di esimii cultori delle varie branche dell'arte sanitaria.

Il regolamento contiene anche norme dirette all'accertamento della idoneità professionale e morale di coloro che aspirano ad esercitare le diverse arti sanitarie; e detta particolari disposizioni sugli esami di abilitazione, cui vanno soggetti gli attuali esercenti, a norma della legge organica.

I Congresso internazionale per la protezione dell'Infanzia.

Come abbiamo annunziato, si adunerà a Parigi dall'8 al 12 luglio, sotto la presidenza del sen. P. Strauss; segretario generale ne è il dott. Lesage. Sarà diviso in cinque Sezioni: Maternità, Prima Infanzia, Seconda Infanzia, Servizio Sociale, Infanzia derelitta o moralmente abbandonata. Tra i relatori sono: E. Cacace, M. Ragazzi e U. Conti. La quota importa 60 franchi francesi per i membri titolari, 30 per gli associati.

Per qualsiasi informazione rivolgersi alla sede del Congresso: Avenue Victor-Emanuel III, 37, Paris (VIIIe).

VIII Congresso internazionale di Dermatologia e Sifilologia.

La Società Dermatologica Danese ha indetto questo Congresso a Copenaghen, dal 5 all'8 agosto 1930. Invita gli specialisti di tutti i Paesi a convenirvi e ad avanzare suggerimenti. Segretario generale del Comitato organizzatore è il Dr. S. Lamholt, Raadhusplads 45, Capenaghen (Danimarca).

Convegno internazionale serologico.

Si è adunato a Copenaghen un convegno internazionale dei sieriologhi, promosso dalla Società delle Nazioni. L'Italia vi è rappresentata dal prof. Dante De Blasi, direttore dell'Istituto d'Igiene dell'Università di Napoli. Il De Blasi, invitato espressamente ad esporre i suoi metodi personali di indagine e di determinazione pel complesso emolitico, ha tenuto una conferenza all'Istituto Statale, riportando un brillantissimo successo ed ottenendo l'adesione unanime dei colleghi di ogni nazione, fra cui il celebre Meinicke, il Jacobsthal, il Kahn, il Vitebsk.

IX Riunione internazionale di Neurologia.

È indetta a Parigi, nei locali della Salpêtrière (boulevard de l'Hôpital, 47) per il 3 e il 4 luglio; tema di relazione: «Tumori cerebrali, Diagnosi e terapia»; relatori Clavis Vincent per la neurologia, A. Béclère per la radiologia, Bollack e Hartmann per l'oculistica, De Martel per la chirurgia. Inoltre il 28 giugno si terrà una riunione consacrata all'anatomia patologica e il 5 luglio una seduta normale; queste adunanze avranno luogo presso la Société de chirurgie (rue de la Seine, 12).

Conferenza internazionale per lo Studio del Cancro.

Si terrà a Londra, nel prossimo luglio, col patronato del duca di York e sotto la presidenza di sir John Bland-Sutton, ne ilocali della Società Reale di Medicina. Vi sono invitati gli studiosi specializzati di tutti i Paesi. Sarà divisa in più Sezioni: Patologia, Terapia medica, Terapia chirurgica, Radioterapia, Igiene sociale, Statistica. Sir R. C. Garton ha fatto una generosa donazione per sostenere tutte le spese della Conferenza.

Congresso francese di medicina interna.

La 20ª sessione del Congresso dell'Associazione dei medici di lingua francese si terrà nell'ottobre 1929. Temi: «Eziologia, patogenesi e fisiologia patologica della scarlattina», relatori Cantacuzène (Bucarest), P. Tessier e Costes (Parigi), Sacquépée e Liégeois (Parigi); «L'ipotensione», relatori Lian e Blondel (Parigi), Dumas (Lione), G. Giraud (Montpellier); «Trattamento delle sindromi anemiche», relatori E. Hedon e Jeanbrau (Montpellier), Lambin (Lovanio), J. Carles (Bordeaux). L'ufficio comprende: prof. Vedel, presidente; proff. Vires e Leenhardt, vice-presidenti; prof. Rimbaud, segretario generale; agrégé Carrieu, tesoriere; dott. Boulet, segretario.

Congresso francese di medicina legale.

Il 13° Congresso di medicina legale di lingua francese è convocato a Parigi dal 9 all'11 ottobre, sotto la presidenza di Georges Brouardel. Saranno presentate relazioni da Balthazard (Parigi) per la medicina sociale; François (Bruxelles), Charbonnel e Masoe (Bordeaux) per l'infortunistica; Duvois (Parigi), De Laet (Bruxelles) per la patologia professionale; Fribourg-Blanc (Parigi) per la criminologia. Indizzarsi al Dr. Michel, rue de Riguy 5, Nancy; o al Dr. Piédelièvre, rue Gay Lussac 24, Paris.

Congresso di gastro-enterologia.

Si terrà ad Amsterdam dal 12 al 14 settembre. Temi: «Fisiologia e patologia della fame», relatori J. Hudig, van Leersum, Morgulis, Determann; «Rapporti tra affezioni sanguigne e disturbi digerenti», relatori Morawitz, Nordmann, Schottmüller, Schüffner; «Errori diagnostici e terapeutici nelle affezioni delle vie digerenti e mezzi per evitarli», relatori von Bergmann, Kuttner, von Haberer, Berg.

Scuola di perfezionamento in Storia delle Scienze.

Col gennaio 1928 ha iniziato i suoi corsi presso la R. Università di Roma la Scuola di perfezionamento in Storia delle Scienze, che ha per fine: *a*) promuovere lo studio della Storia delle Scienze matematiche, fisiche, naturali, geografiche, mediche e delle loro applicazioni; *b*) completare la coltura dei futuri insegnanti delle Scuole medie fornendo loro una veduta dello sviluppo storico delle discipline che sono chiamati a professare, così da rendere più proficuo il loro insegnamento, e in tal guisa coordinare e integrare studi pertinenti a Facoltà diverse e specialmente alle Facoltà di Scienze, Lettere, Filosofia e Medicina. È diretta dal prof. F. Enriques.

Il programma per l'anno scolastico in corso comprende:

Storia della Medicina: «I classici antichi e il Rinascimento»: prof. S. Baglioni; *Storia di scienze antiche*: prof. F. Enriques; *Storia delle Scienze biologiche*: «Sorgere e decadere delle dottrine dell'evoluzione»: prof. F. Raffaele.

La durata dei corsi è di un anno, alla fine del quale si conferiscono diplomi di perfezionamento secondo le norme statutarie.

Vi sono ammessi i laureati; la Scuola funziona inoltre come seminario per gli studenti di Facoltà.

Corso di perfezionamento a Berck.

Dal 16 al 28 luglio si terrà, presso l'ospedale Marittimo di Berck-Plage, un corso sulle tuber-

colosi osteo-articolari e ganglionari, con alcuni elementi di ortopedia pratica, sotto la direzione del dott. E. Sorrel, con la collaborazione di altri sanitari. Tassa d'iscrizione 250 franchi. Per informazioni rivolgersi al Dr. Delahaye, Hôpital Maritime, Berck-Plage (P. d. C., Francia).

Nella stampa medica.

Ha iniziato le pubblicazioni il « Giornale Italiano di Malattie esotiche e coloniali ed igiene coloniale » diretto dal prof. Giovanni Castronuovo, dell'Università di Napoli, con la direzione onoraria dei proff. Aldo Castellani, Umberto Gabbi e Filippo Rho. Il primo fascicolo contiene una conferenza, lavori originali, rassegna della stampa. È in dignitosa veste e corredato d'illustrazioni. Augurî.

L'Ospedale del Littorio in Roma.

Il sottosegretario all'interno on. Michele Bianchi, accompagnato dal presidente dell'Amministrazione degli Ospedali di Roma, prefetto comm. Cotta, e da altre autorità politiche e sanitarie, ha visitato i lavori in corso per la costruzione del grandioso ospedale del Littorio, sulla collina di Monteverde. Essi sono già molto avanzati. L'ospedale potrà accogliere 920 infermi, elevabili a 1064. Sarà in tutto all'altezza dei tempi; basti dire che i vari edifizi saranno collegati da gallerie sotterranee percorse da binari per gli approvvigionamenti e che sul soprasuolo funzionerà un campo di atterraggio per aeroplani destinati al trasporto di feriti gravi.

Pel Tubercolosario di Alessandria.

Il Presidente della Deputazione Provinciale di Alessandria ha ricevuto dal sen. Teresio Borsalino la offerta di tre milioni, i quali, uniti alla somma già raccolta da pubblica sottoscrizione, pongono in grado il Consorzio di dare corso all'opera eminentemente umanitaria. Occorre ora pensare a integrare il funzionamento del Tubercolosario, al quale scopo il Commissario Prefettizio del Consorzio Antitubercolare si è rivolto al Capo del Governo perchè voglia provvedere, quando andrà in esecuzione la provvida legge sulla Assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi.

Per le scuole all'aperto.

La Commissione — nominata dal Consiglio Superiore della Associazione Nazionale per la diffusione della cultura allo scopo di esprimere a S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione i voti dell'Associazione stessa perchè tutti gli alunni delle scuole elementari e medie usufruiscano della scuola all'aperto — è stata ricevuta da S. E. l'on. prof. Pietro Fedele.

Il prof. Millosevich ha illustrato il programma minimo dell'azione, senza spese superflue, dove e quando è possibile, specialmente per le scuole medie, delle scuole all'aperto.

Il maggiore medico Perilli, nel presentare la relazione, ha pregato S. E. di voler incoraggiare questa crociata per l'igiene della scuola con un ordine preciso e categorico, dato che le circolari e le sollecitazioni dei precedenti Ministri per la estensione delle scuole all'aperto non hanno dato finora alcun risultato.

S. E. Fedele si è congratulato per l'iniziativa dell'A.N.D.C. che dal prossimo settembre trasformerà tutte le sue scuole in scuole all'aperto, ed ha espresso il desiderio di vedere il banco-zaino che in dette scuole sarà adottato.

Ha promesso infine di dare soluzione al problema delle scuole all'aperto

Gli ambulatori di New York.

Secondo una Guida delle Opere Sociali pubblicata a New York nello scorso marzo, da un gruppo di Associazioni di beneficenza e di assistenza sociale, nella grande metropoli funzionano 1161 ambulatori pubblici, e 426 altre istituzioni la cui attività è in rapporto con la salute pubblica.

Ambulatori odontoiatrici scolastici di San Paolo del Brasile.

Il 9 febbraio, giorno di Sant'Apollonia, che è la patrona dei dentisti, vennero inaugurati a San Paulo del Brasile i nuovi ambulatori odontoiatrici delle scuole pubbliche.

Questi ambulatori, in numero di 23, provvedono alla profilassi e alla cura delle malattie dentarie, limitatamente, per lo più, agli scolari poveri. Sono diretti dal dott. Antonio Campos de Oliveira, ispettore odontoiatra superiore delle scuole. Essi sono valsi di modello per altre istituzioni congeneri nel Brasile.

Onoranze al prof. Marañon.

Si sono svolte nella Facoltà Medica di Madrid, ad iniziativa del periodico « Los progresos de la Clínica », con l'intervento d'illustri studiosi, tra cui Labbé e Blum.

Commemorazione di Harvey in Francia.

All'Accademia di Medicina di Parigi è stato solennemente commemorato il terzo centenario di Harvey. Erano presenti l'ambasciatore d'Inghilterra, il presidente del Reale Collegio dei Medici di Londra sir J. Rose Bradford, il prof. Bancroft, di fisiologia all'Università di Cambridge, ecc. Parlarono il prof. Béclère, presidente dell'Accademia, il prof. Chauffard e il prof. Gley; poi il segretario generale, prof. Achard, salutò gli scienziati stranieri intervenuti.

In memoria di De Vincentiis.

Il 1° maggio venne inaugurato a Napoli, nel recinto degli uomini illustri del cimitero di Poggioreale, un busto di Carlo de Vincentiis, il quale tenne con onore la cattedra di clinica oculistica successivamente a Palermo (1877-1888) ed a Napoli (fino alla morte, avvenuta nel 1902). Alla ce-

rimonia intervennero molte autorità e notabilità scientifiche. Parlarono il prof. Angelucci e il prof. A. Bernardinis; rispose il figlio dell'illustre estinto, prof. Giuseppe De Vincentiis.

Professori tedeschi raggiunti dai limiti d'età.

Le facoltà mediche tedesche perdono quest'anno un insolito numero di personalità spiccatissime, raggiunte dai limiti d'età. Oltre il Minkowski, di cui già demmo notizia, sono tra esse gl'internisti von Noorden di Francoforte sul Meno, Kraus di Berlino e Friedrich Müller di Monaco, gli igienisti Pfeiffer di Breslavia e Lehmann di Würzburg, il gastro-enterologo Boas di Berlino, il neurologo e psichiatra Anton di Halle, l'otologo Körner di Rostock.

Per l'abilitazione alle professioni sanitarie ausiliarie.

In esecuzione dell'art. 6 della legge 23 giugno 1927, n. 1264 che subordina l'esercizio delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie, da parte di coloro che attualmente le professano, al conseguimento di uno speciale attestato di idoneità, il Ministero dell'Interno, d'accordo coi Ministeri della Pubblica Istruzione e dell'Economia Nazionale, ha stabilito che gli esami di idoneità per l'abilitazione alla continuazione delle arti suddette abbiano inizio il 20 luglio prossimo venturo, e ne ha fissato le sedi. Le domande di ammissione agli esami dovranno essere prodotte entro il 20 giugno ai Prefetti.

La politica del Regime per l'incremento della nascite.

Il prof. Felice Vinci, della R. Scuola di Scienze Economiche e commerciali di Venezia, ha tenuto nella sala della Biblioteca dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni in Roma una conferenza sul tema « Tendenze attuali nella composizione per età della popolazione italiana ».

L'andamento che già si delineava durante il 1924-25 nella composizione per età della popolazione italiana, presenta alcune tra le caratteristiche della senescenza demografica e giustifica appieno la politica perseguita dal Regime per lo incremento delle nascite, politica che potrebbe dirsi vittoriosa se i mezzi fiscali, assistenziali, psicologici sempre più largamente applicati, riuscissero semplicemente ad infrenare la decrescenza delle nascite e le perturbazioni che già si rivelano nella composizione per età della nostra popolazione, delle quali però la guerra vicinissima consente di sperare un carattere transitorio.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN ROMA - SALA FLAIANI.
Primario: Prof. L. FICACCI.
ISTITUTO DI FISIOLOGIA UMANA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
Direttore: prof. S. BAGLIONI.

Contributo allo studio della sopravvivenza dei leucociti nella leucemia mieloide cronica. (1)

NOTA PREVENTIVA

del dott. RENATO LUSENA
assistente degli Ospedali Riuniti di Roma.

Recentemente il prof. S. Baglioni ha fatto eseguire nell'Istituto di Fisiologia Umana dell'Università di Roma, da lui diretto, una serie di ricerche sulla sopravvivenza dei leucociti. La ricerca non era nuova perchè se ne erano già occupati numerosi autori: Hayem e Henocque (1866), Golubow (1868), Ranvier (1878), Engelmann (1879), Dineur (1892), Rauschenbach (1892), Gaglio (1897), Tarchanoff, Rollet, Cardile (1989), Jolly (1897 e anni successivi), De Haan (1922). Però nella scuola del Baglioni le ricerche furono condotte con una tecnica diversa dalle precedenti e che fu descritta dalla dott. Forti. La Forti studiò la sopravvivenza dei leucociti in animali etero ed omotermi (compreso l'uomo normale), in rapporto alla temperatura ambiente, al liquido ambiente e all'inquinamento batterico; altri allievi del Baglioni stanno proseguendo questo studio nel campo fisiologico e patologico.

Lo studio della sopravvivenza dei leucociti ha certamente una grande importanza nelle malattie del sangue, specialmente in quelle che, come la leucemia, provocano alterazioni notevoli numeriche e morfologiche degli elementi della serie bianca. Nella leucemia furono studiati i movimenti dei globuli bianchi da Neumann, Mayet, Biesadecki, Löwit, Roux, Müller, Rieder, Maurel, secondo i quali i leucociti dei leucemici hanno motilità minore di quella dei leucociti di individui normali, contrariamente all'opinione di J. Weiss e di Hayem. Questi autori, come pure il Gilbert, il Leube e il Jolly si occuparono dei movimenti dei leucociti interessandosi della maggiore o minore vivacità dei movimenti stessi e del vario tipo di leucociti (mononucleati, polinucleati, eosinofili) che presentavano questi movimenti. Nessuno però ha studiato la sopravvivenza dei leucociti nel decorso della leucemia. Io ho intrapreso questo studio in un'ammalata di leucemia mieloide cronica ricoverata all'Ospedale

(1) Questa nota fu comunicata all'Accademia Lancisiana, seduta del 9-2-1928.

di S. Spirito (Sala Flaiani). Il risultato delle mie ricerche è interessante e credo meriti che su questo argomento sia fermata l'attenzione dei medici e che ulteriori ricerche siano fatte in proposito.

Ecco la storia clinica dell'ammalata sulla quale feci questo studio:

V. Adalgisa, di anni 37, da Roma, ricoverata in corsia il 19-1-1928. La madre della paziente è morta per malattia del sistema nervoso non precisabile. Il padre è vivente e sano. A 14 anni la p. ebbe pleurite essudativa destra, qualche anno dopo ebbe pleurite a sinistra che pare abbia recidivato varie volte. Ebbe la prima mestruazione a 14 anni, le successive sono state sempre regolari. A 27 e 28 anni ha sofferto di urticaria. A 30 anni sposò un uomo allora sano, attualmente malato di nefrite. Non ha avuto nessuna gravidanza.

La malattia attuale è cominciata nel 1923, quando la p. cominciò ad avere quasi tutte le mattine vomito, sempre a digiuno, e cominciò a deperire. Contemporaneamente comparve febbretta quotidiana che non l'ha quasi mai abbandonata. Nel 1925 le fu diagnosticata una leucemia mieloide e le furono fatte alcune applicazioni di raggi X. La p. migliorò notevolmente e stette abbastanza bene per circa sei mesi, dopo i quali, essendo peggiorata, le furono ripetute con buon risultato le applicazioni di raggi. Nell'anno successivo (1926) ebbe una colica localizzata all'ipocondrio destro e le furono fatte due applicazioni di raggi alla regione epatica. Però da allora non è mai più stata bene ed ha avuto alternative di miglioramento e di peggioramento. Dapprima i miglioramenti seguivano immediatamente le applicazioni di raggi, poi queste non solo rimasero senza effetto, ma peggiorarono lo stato dell'ammalata, che progressivamente è andata sempre aggravandosi. Da una quindicina di giorni prima di entrare in corsia ha ronzio alle orecchie, cefalea prevalentemente notturna, sudori notturni e il deperimento s'è fatto più marcato. Un mese prima di venire in ospedale ha avuto emorragie sottocutanee al braccio sinistro e alle due gambe. Alvo stitico. Non disturbi della minzione.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali gravi. Stato di nutrizione pessimo. Cute e mucose intensamente pallide. Lingua umida, patinosa. Faringe normale. Si palpano piccolissime linfoglandole nelle stazioni sottomascellari e cervicali posteriori. Polso frequente (120), molle, ritmico, uguale.

Torace allungato, scarno. Nulla di anormale alla percussione, palpazione e ascoltazione.

Cuore nei limiti normali. I tono oscuro su tutti i focolai. Non rinforzo del II tono alla base.

Addome trattabile, lievemente dolente al quadrante superiore sinistro, che è occupato da una tumefazione duro-elastica, che si perde in alto sotto l'arcata costale, si estende medialmente fino alla linea mediana, e in basso fino all'ombellicale trasversa, spostabile coi movimenti respiratori, dolente alla palpazione, col margine netto, lungo il quale si seguono le caratteristiche incisure della milza. Il fegato si palpa a due dita trasverse sotto l'arco costale, aumentato di consistenza.

L'esame del sistema nervoso è negativo.

L'esame delle urine dà: albumina tracce, zucchero assente, acido urico 0,41 ‰. L'esame microscopico del sedimento non mostra nulla di anormale.

Reazione Wassermann sul sangue: negativa.

Esame del sangue: leucociti 85.200, eritrociti 2.640.000, emoglobina 35, valore globulare 0,64. Uno striscio di sangue colorato con May-Grunwald-Giemsa dà: non alterazioni di forma e di volume a carico degli elementi della serie rossa, discreta cromatofilia e qualche cellula nucleata. A carico della serie bianca si rilevano in ogni campo gruppi di elementi immaturi (mielociti, premielociti, metamielociti), prevalentemente con protoplasma neutrofilo, molti granulociti maturi con le granulazioni specifiche e qualche rara forma indifferenziata avente i caratteri del mieloblasta.

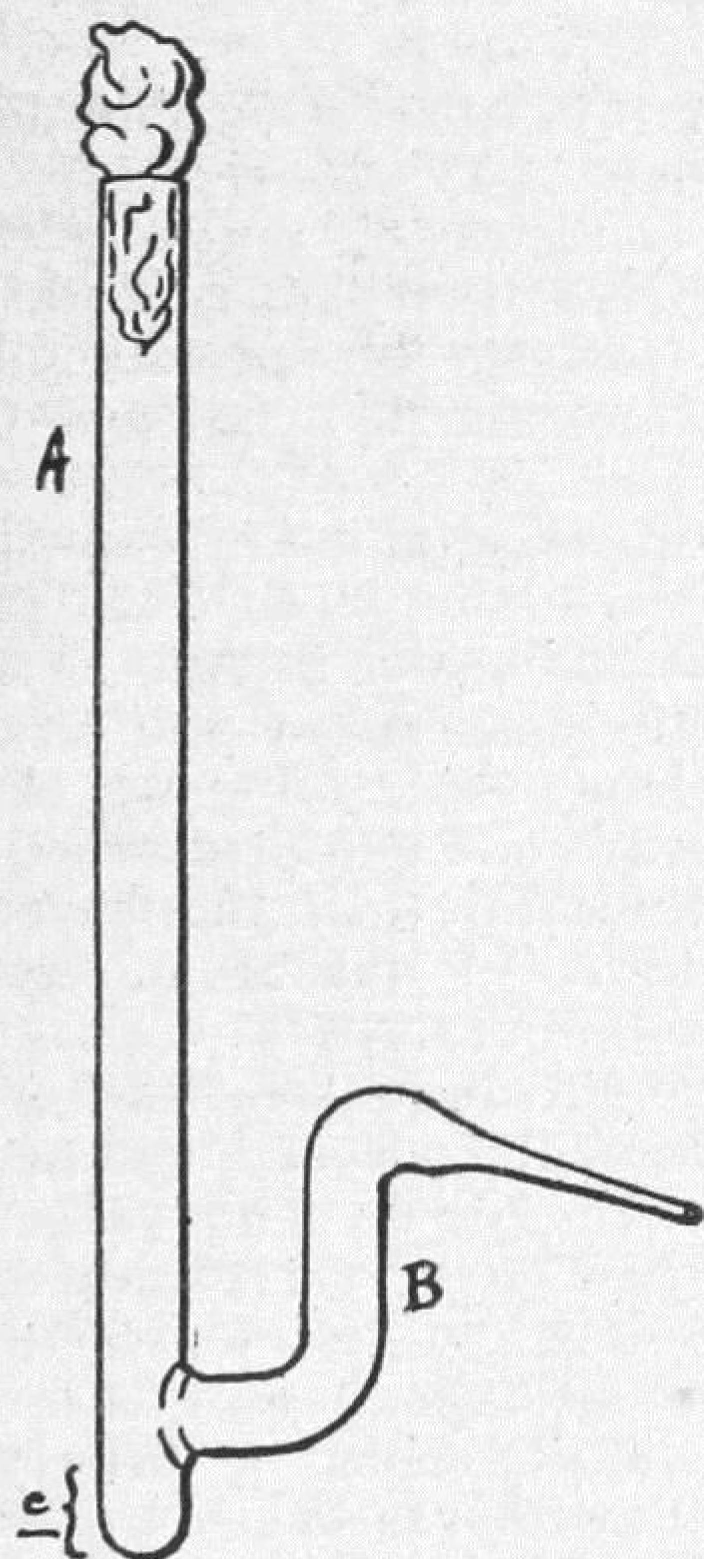
L'esame radioscopico del torace è stato negativo.

La p. ha avuto febbre quotidiana, irregolare, raggiungendo il massimo di 39,3. Le sue condizioni si sono andate aggravando rapidamente, la milza ha subìto un rapido aumento di volume ed è divenuta dolentissima alla palpazione. Per una diecina di giorni circa la p. ha avuto vomito quasi continuo, dapprima giallastro, poi nerastro, fecaloide (il liquido vomitato aveva reazione acida e non conteneva sangue). Diverse volte la p. ha avuto crisi di dispnea e tachicardia accompagnate da senso di soffocazione. Il 9-2-1928 è morta.

In questa ammalata feci lo studio della sopravvivenza dei leucociti secondo la tecnica descritta dalla dott. Forti e che qui riassumo: in una pipetta sterilizzata, composta di un tubo verticale A (v. figura), a cui è saldato un tubo B piegato due volte su sè stesso e con estremità libera sottilissima e chiusa alla fiamma, si raccolgono 4 mm³ di sangue raccolto sterilmente da una vena e cmc. 3,6 di liquido di Ringer sterilizzato o soluzione fisiologica sterile. Si lascia sedimentare: i globuli rossi si raccolgono nel fondo cieco (e) della pipetta, mentre più su si raccolgono i leucociti, che vengono a trovarsi press'a poco a livello dell'unione dei due tubi A e B. Per esaminare i leucociti si apre la pipetta, rompendone il beccuccio con una pinza prima arroventata e dopo aver passato il beccuccio stesso sulla fiamma, si lascia cadere una goccia del liquido sul vetrino per l'esame e si richiude subito la pipetta alla fiamma. Si conserva la pipetta in ghiacciaia a temperatura fra 9 e 11° per i successivi prelevamenti, che si fanno sempre collo stesso procedimento. L'osservazione dei leucociti si fa in goccia pendente, e, meglio, sul portaoggetti del contaglobuli di Thoma-Zeiss e su tavolino riscaldante portando la temperatura a 35°-38°. L'osservazione si fa una diecina di minuti dopo che il vetrino è tenuto a questa temperatura e si osservano i movimenti di almeno 50 leucociti. Con questo metodo si ha il vantaggio di raccogliere il sangue in un mezzo isoto-

nico e di evitare l'inquinamento colle varie manovre di prelevamento per i successivi esami.

Seguendo questo metodo ho studiato la sopravvivenza dei leucociti in questo caso di leucemia. Un primo prelevamento di sangue fu fatto il 22 gennaio 1928, cioè pochi giorni dopo che l'ammalata era in corsia e quando una conta dei globuli aveva dato 85.200 leucociti; la diluizione del sangue fu fatta in soluzione fisiologica al 0,7 %. Un'osservazione fatta 24 ore dopo il prelevamento dava mobilità nel 71 % dei leucociti osservati, dopo 48 ore mobilità nel 53 % dei leucociti osservati. Dopo 54 ore nessun leucocito presentava movimenti, e il campo non appariva inquinato da germi. I movimenti da me osservati non furono mai veri e propri movimenti ameboidi, ma movimenti consistenti in cambiamenti di forma dei leucociti e in movimenti protoplasmatici riconoscibili dai movimenti dei granuli.



Schematicamente rappresenta a metà grandezza la pipetta usata per raccogliere e conservare il sangue. (Da FORTI, loco citato).

Un secondo prelevamento fu fatto il 6 febbraio 1928, coè tre giorni prima della morte della p., quando questa si era notevolmente aggravata, e una conta dava 90.200 leucociti. La diluizione fu fatta in liquido di Ringer. Un'osservazione fatta dopo 15 ore non permetteva di trovare nessun leucocito sopravvivente. Il giorno successivo fu fatta un'altra osservazione sullo stesso sangue prelevato il 6 febbraio 1928, ma anche questa volta nessuno dei leucociti esaminati presentava movimenti e non appariva inquinamento da germi.

L'importanza dell'osservazione da me riferita è, secondo me, nel fatto che la sopravvivenza dei leucociti è stata studiata nel periodo terminale della malattia e che mentre un primo esame aveva dato sopravvivenza scarsa dei leucociti (poco più di 48 ore, mentre nell'uomo normale colla tecnica suindicata i leucociti sopravvivono circa 8 giorni), un secondo esame fatto quando clinicamente la p. era tanto peggiorata da far ritenere possibile la morte da un momento all'altro, la sopravvivenza dei leucociti era stata ancora più scarsa.

Non mi risulta, dalle ricerche più accurate che io abbia potuto fare nella letteratura, che sia stata studiata altre volte la sopravvivenza dei leucociti nella leucemia. La mia osservazione rimane quindi unica per ora in questo campo. Da una sola osservazione non è possibile trarre conclusioni di nessun genere, ma essa basta ad impostare dei problemi interessantissimi nella patologia del sangue; e precisamente questi:

1) Nella leucemia mieloide cronica e nelle altre forme di leucemia la sopravvivenza dei leucociti è sempre diversa, come nel caso mio, dalla sopravvivenza normale?

2) Se è diversa, è diversa in tutti gli stadî della malattia o soltanto nel suo periodo terminale? Può essa avere un significato prognostico nel decorso della leucemia?

3) Negli stati agonici e preagonici, qualunque sia la causa della morte; c'è una modificazione nella sopravvivenza dei leucociti e quale?

Io mi propongo di studiare questi problemi. Essi richiedono, per essere risolti, un numero abbondante e accurato di osservazioni. Se questa nota preventiva spingerà altri ad occuparsi di questo argomento, avrò raggiunto lo scopo che mi ero prefisso pubblicandola.

BIBLIOGRAFIA.

CARDILE. *Sulla vita dei leucociti fuori dell'organismo.* Archivio per le scienze mediche, vol. XXII, n. 23, 1898.

COMMANDON. *Action de la température sur la vitesse de reptation des leucocytes. Enregistrement cinématographique.* Soc. de Biologie 13 dicembre 1919.

ID. *Mouvements des leucocytes et quelques tactismes étudiés à l'aide de l'enregistrement cinématographique.* Annales Pasteur 1920.

DE HAAN. *Die Phagocytose als Ausdruk des Lebens der Leucocyten.* Pfluger's Archiv. 1922.

ID. *Mobilité amiboïde et phagocitose.* Archives Noerlandaises de Physiologie de l'homme et des animaux, 1922.

ID. *L'influence des sels de calcium dans le processus de la phagocitose.* Ibid., 1918.

DINEUR. *Recherches sur la sensibilité des leucocytes à l'électricité.* Ann. de la Soc. Roy. des scien. méd. et nat. de Bruxelles, 1892.

ENGELMANN. *Physiol. d. Protoplasma u. Flimmerbewegung.* Hermann's Handbuch d. Physiologie. Leipzig 1879.
FORTI. *Ricerche fisiologiche sui leucociti sopravviventi.* Archivio di Fisiologia, vol. XXIV, fascic. 4, 1926.
ID. *Sulla sopravvivenza dei leucociti dell'uomo.* Bollettino della Società Italiana di biologia sperimentale, vol. II, fasc. VIII, 1927.
GAGLIO. *Azione del mercurio sui leucociti.* Arch. per le scien. med., 1897.
GELUBEW. *Ueber die Erschein. welche elektrische Schläge an den sog. farblosen Bestandteilen des Blutes hervorbringen.* Sitzgser d. Wiener Acad, 1868.
HAYEM et HENECQUE. *Sur les mouvements dits amiboïdes observés particulièrement dans le sang.* Arch. gén. de Méd., Paris, 1866.
JOLLY. *Action des solutions salées sur les mouvements amiboïdes des globules blancs in vitro.* C. R. de Biologie, 17-7-1897.
ID. *Sur les mouvements amiboïdes des globules blancs du sang dans la leucémie.* Ibid., 21 mai 1898.
ID. *Sur le mouvement des leucocytes et sur le noyau des cellules eosinophiles.* Ibid., 21 mai 1898.
ID. *Sur la durée de la vie et de la multiplication des cellules animales en dehors de l'organisme.* Ibid., 1903.
ID. *Sur la survie des cellules en dehors de l'organisme.* Ibid., 1910.
ID. *Sur la survie des leucocytes.* Ibid., 1910.
ID. *Sur la vitesse des mouvements de reptation des leucocytes.* Ibid., 1913.
ID. *Traité technique d'Hématologie.* Paris, 1923.
ID. *Sang. Propriétés générales et morphologie.* Traité de Physiologie normale et pathologique (Collectien ROGER), tome VI, 1927.
RAUSCHENBACH. Citato da RIEDER nel « Beiträge zur Kentniss d. Leukocytose », Leipzig.
ROLLET. *Stricker's Handbuch*, p. 302.
TARCHANOW. Arbeiten St. Petersburger Gesellsch. d. Naturfw., VII, S. 122.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE S. MARIA BIANCA DI MIRANDOLA.

Fratture comminutive esposte dell'arto superiore. Cura conservativa.

Prof. dott. AMEDEO KRAUS, chirurgo primario.

Riporto brevemente due casi di frattura comminutiva esposta delle ossa dell'arto superiore nei quali, non ostante le breccie e lo spappolamento delle parti molli ed ossee, la cura conservativa verso la quale, specialmente nel periodo bellico e post-bellico, la chirurgia si è orientata, ha dato ottimi risultati.

S. Ugo, di anni 24, da S. Giacomo delle Segnate; entra in Ospedale il 13 ottobre 1922.

Anamnesi. — Niente di notevole si rileva nei precedenti ereditari. Uomo di robusta costituzione fisica non ha sofferto di speciali malattie. Non risulta la sifilide, modico bevitore forte mangiatore.

Il 13 ottobre passeggiando in campagna col fucile da caccia carico a pallini e coi cani montati, in un momento di sosta, adagiò il fucile su di un tralcio di vite sospeso ad una altezza di circa metri 1,70. Volendo di lì a poco continuare il cammino, afferrò colla mano destra il fucile per l'estremità delle canne attirando a sè l'arma. Il grilletto s'impigliò in un tralcio della vite e scattò determinando lo sparo. I pallini della carica investirono l'avambraccio destro del giovane il quale prontamente soccorso venne trasportato in questo ospedale per le cure del caso.

Esame obiettivo. — I vari organi ed apparati, normali. L'avambraccio destro presenta una vasta ferita da arma da fuoco che comincia a cm. 4 dall'articolazione del polso e interessa tutto il lato ulnare dell'avambraccio per una lunghezza di cm. 20. La pelle ed estesi tratti muscolari sono stati asportati; i residui sono estroflessi, sanguinanti lacerati. L'ulna è asportata per un esteso tratto diafisario e qualche frammento di essa è penetrato nelle masse muscolari lese. In tutto l'avambraccio destro si hanno numerosissimi pallini di fucile rimasti inglobati. Il diametro massimo dell'avambraccio è di cm. 12,50, in confronto a cm. 10 dell'avambraccio sinistro. Al momento dell'esame le dita conservano limitatissimo movimento di flessione e di estensione, sensibilità tattile e dolorifica normale nelle prime tre dita, molto indebolita nell'anulare, abolita nel mignolo.

Le condizioni generali del ferito sono gravi per lo choc traumatico e per l'abbondante perdita di sangue.

Esame radiografico. — Il radio è integro; dell'ulna abbiamo la epifisi distale intatta e a cm. 5 dall'articolazione del polso la mancanza di un segmento diafisario di cm. 9. Si osservano anche piccole scheggie ossee infossate nelle parti molli. Numerosissimi pallini si osservano specialmente nella metà prossimale dell'avambraccio.

Cura. — Si eseguisce l'iniezione antitetanica e si disinfetta e si deterge accuratamente la vasta ferita asportando i corpi estranei (pezzi di stoffa, foglie schegge di legno ecc.) che vi si trovano

conficcate. Dopo di chè si mantiene immerso l'avambraccio in soluzione Dakin-Carrel.

Per il consiglio di vari medici che, per la gravità e l'estensione della ferita ritenevano l'avambraccio ormai perduto e pericoloso il conservarlo, il ferito stesso e la famiglia erano rassegnati alla disarticolazione al gomito. Ciò nonostante ritenni opportuno tentare la cura conservativa.

In cloronarcosi procedetti ad una più accurata remozione dei corpi estranei, brandelli di tessuto, schegge ossee, alla regolarizzazione dei due monconi dell'ulna successivamente affondati fra le parti molli ed all'avvicinamento dei bordi della ferita nel tratto distale con punti di sutura, zaffando abbondantemente.

Si procede poi giornalmente alla remozione della medicatura che era mantenuta bagnata nella soluzione Dakin-Carrel.

La secrezione che si ebbe dalla ferita non fu mai abbondante e l'aspetto della ferita andò gradatamente migliorando con rapido processo di riparazione tantochè il 19 novembre il ferito lasciò l'ospedale in via di guarigione desiderando terminare la cura a casa propria non potendolo io più medicare essendomi assentato per una infezione chirurgica alla mano destra. Tornato io in servizio all'ospedale il 5 dicembre, due giorni dopo si ripresentò a me il paziente a cui nel frattempo era sopraggiunta una artrite acuta al polso destro e per la quale, in mia assenza era entrato altrove in una Casa di salute che aveva abbandonato dopo il mio ritorno desiderando che io terminassi la cura intrapresa.

Le condizioni generali erano notevolmente deperite. La ferita dell'avambraccio si era quasi totalmente cicatrizzata, ma il polso era tumefatto con forte dolore anche spontaneo. Presentava fluttuazione profonda; movimenti impossibilitati. Ormai il malato anche perchè stanco delle lunghe sofferenze, come pure i suoi famigliari, avevano perso ogni speranza di guarigione con la conservazione dell'arto; mi riferivano anche la prognosi infausta che altri chirurgi avevano fatto. Li consigliai di pazientare osservando che un intervento demolitore era sempre possibile anche in seguito. Praticai due incisioni longitudinali di circa cm. 4, l'una sul lato flessorio, l'altra sul lato estensorio del polso; si ebbe esito di scarso pus denso.

La secrezione rapidamente si attenuò, il dolore al polso diminuì progressivamente e le condizioni generali rifiorirono. Il paziente lasciò l'ospedale guarito il 13 gennaio 1923.

Consigliai la cura funzionale delle dita con lo strumento Orlandini per dattilocinesi da me illustrato in una mia precedente pubblicazione. Dopo circa un anno e mezzo (giugno 1924) ho rivisto il malato. I movimenti del gomito e del polso sono normali. Le dita stanno usualmente in semi flessione, ma pur non potendo raggiungere la estensione completa, hanno riacquistato una buona funzione prensile ad eccezione del mignolo e un poco dell'anulare.

*
* *

A. Giuseppe, di anni 30, di Pieve di Coriano: entra in Ospedale il 6 novembre 1923.

Anamnesi. — Nei precedenti ereditari e personali non si riscontrano malattie degne di speciale rilievo. Nega di aver contratto la sifilide. È modico mangiatore, abusa talvolta nel bere.

Il 6 novembre mentre attraversava col birroccino un passaggio a livello fu investito da una locomotiva e gettato violentemente a terra. Fu curato di pronto soccorso e trasportato di urgenza a questo ospedale.

Esame obiettivo. — Costituzione generale forte e vigorosa. Psiche obnubilata per il trauma sofferto. Alla regione del cranio si mostrano varie abrasioni e ferite lacero-contuse interessanti il cuoio capelluto ed alla regione parietale sinistra una ferita della grandezza circa di una moneta da due soldi antebellum interessante il cuoio capelluto a tutto spessore e la teca cranica che presenta una frattura lineare della lunghezza di cm. 2 con uno dei bordi di frattura lievemente infossato. Si notano abrasioni varie: alla fronte, al naso ed alla regione zigomatica destra.

Alla regione cervicale sinistra si osserva una ferita lacero-contusa della lunghezza di circa due centimetri interessante la cute.

Niente di notevole si ha al torace ed all'addome. All'arto superiore destro si ha quanto segue:

Al terzo inferiore dell'omero ed alla regione del gomito, lato posteriore, si osserva un'ampia ferita da stritolamento interessante le parti molli e le ossa.

L'epifisi ed il terzo inferiore dell'omero per un tratto di circa 10 cm. sono asportati o sminuzzati. L'olecrano è pure frantumato. È allo scoperto il fascio nerveo-vascolare. La ferita interessa la regione posteriore e le laterali di modo che l'avambraccio resta attaccato al braccio soltanto per le parti molli anteriori della plica del gomito. Le dita anulare e mignolo della mano destra hanno perso la sensibilità, le altre dita mantengono la loro funzionalità normale.

Cura. — Iniezione antitetanica ed accurata disinfezione e medicazione delle ferite al capo ed al collo.

In cloronarcosi si disinfetta accuratamente detergendo la ferita dell'arto superiore destro dai corpi estranei che vi erano penetrati. Si irriga ampiamente con soluzione Dakin-Carrel, si asportano con le forbici i brandelli delle parti molli e le scheggie ossee, si regolarizza con la sega il moncone dell'omero e dell'ulna, si affonda nelle masse muscolari il fascio nerveo-vascolare, ed infine si danno dei punti alle parti molli per ravvicinare i bordi della ferita dall'alto al basso, ottenendo così un accorciamento dell'arto; si drena la ferita, mantenendola irrorata con soluzione di Dakin-Carrel.

Giornalmente si medica la ferita. Il decorso post-operatorio fu normale. In 2ª giornata il paziente riacquistò completa lucidità di mente pur accusando per altri due giorni dolore forte alla testa. Le ferite del capo e del collo si sono rapidamente cicatrizzate. Non pensai di intervenire sulla frattura cranica, perchè l'infermo non presentava nessun disturbo centrale, o periferico. In decima giornata si manifestò un piccolo ascesso alla regione frontale sinistra che fu inciso e dette esito a scarso pus denso.

La ferita dell'arto andò progressivamente cicatrizzando ed il 13 dicembre il ferito lasciò l'ospedale in avanzatissima guarigione, assunto in cura dal proprio medico condotto che continuò la cura prescrittagli.

Esito. — (12 novembre 1926) L'arto superiore destro è più corto del sinistro di cm. 5. Al gomito si ha uno strozzamento dovuto alla assenza delle ossa. L'avambraccio è ciondolante però può compiere la flessione sul braccio fino all'angolo acuto, tanto che il p. può togliersi di testa il cappello senza alcuno sforzo. Nella flessione il radio fa leva contro le parti molli del gomito. La funzione prensile delle dita è normale salvo il mignolo il quale ha movimento limitato.

* * *

Ho voluto descrivere questi due casi per il buon risultato ottenuto seguendo i criteri della chirurgia conservatrice.

Nell'uno e nell'altro caso vari colleghi si erano pronunziati per l'amputazione e di ciò tanto erano convinti che avevano persuaso gli stessi malati al sacrificio dell'arto. Nel concetto dal quale fui mosso per desistere dall'intervento demolitivo malgrado la gravità delle lesioni, fui confortato anche dagli ottimi risultati da me e da altri ottenuti durante l'ultima guerra dalla irrigazione continua col liquido Dakin-Carrel nelle ferite più estese da proiettili laceranti quali le scheggie di granata ecc.

Nel nostro secondo caso, certo più grave del primo, la cura conservativa fu possibile, perchè, per fortuita combinazione, non si ebbe lesione dell'importantissimo fascio nerveo-vascolare, il quale non ostante che fosse rimasto scoperto, nell'ampia ferita, non dette successive manifestazioni nevritiche. Eseguita la regolarizzazione dei monconi ossei cercai di ottenere che l'avambraccio si potesse flettere sul braccio e per questo ravvicinai i bordi della ferita dall'alto al basso con sutura trasversale cosicchè pur ottenendo un raccorciamento dell'arto di cm. 5 si ebbe la possibilità che le parti molli, non strozzate da una cicatrice longitudinale, permettessero una flessione fino ad angolo acuto dell'avambraccio sul braccio per ottenere con un apparecchio articolato la massima utilizzazione dell'arto, non osando sperare una funzionalità così estesa anche senza apparecchio ortopedico.

Con questa nota pratica ho voluto mettere in rilievo come si debba resistere alle suggestioni di colleghi ed alle insistenze di infermi, poichè quando le condizioni generali e quelle dei tessuti circostanti alla lesione lo permettano, si deve conservare l'arto col programma di conseguire una funzionalità totale o parziale dell'arto stesso. Tanto più che per domare l'infezione che tende a svilupparsi in ferite con spappolamento ed asportazione di parti così estese si può contare sulla irrigazione continuata di liquido Dakin-Carrel.

NOTE E CONTRIBUTI

CLINICA CHIRURGICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
diretta dal prof. sen. A. CARLE. †

La nostra esperienza clinica sulla tutocaina come anestetico locale.

Dott. GABRIELE DAL POZZO, assistente v.

Il problema dell'anestesia continua ad essere del massimo interesse pratico; infatti, se da un lato vi è tendenza a limitare sempre più l'uso dell'anestesia generale in conseguenza delle gravi complicazioni cardiaco-epatico-polmonari, causa non dubbia di molti insuccessi, d'altro canto si continua ad allargare il campo dell'anestesia locale (per conduzione e per infiltrazione) sia perfezionandone la tecnica, sia proseguendo nella ricerca di sempre nuovi prodotti che associno ad un grande potere anestetico una bassa tossicità.

Abbandonata così quasi totalmente la cocaina (solo usata in piccole dosi in casi particolari) e ridottosi grandemente l'uso di altre sostanze quali la stovaina, eucaina, alipina, olocaina, anestesina, ortoformio, bromuro di potassio, perchè di scarsa efficacia, viene dai più considerato come l'ideale degli anestetici la *novocaina* che da vari anni è pure usata con ottimo risultato in questa clinica.

Poichè in numerosi lavori, italiani ed esteri, apparsi sopra un nuovo anestetico locale, la tutocaina, gli autori ad unanimità ne riconoscono gli incomparabili pregi, anche superiori a quelli della novocaina, abbiamo creduto opportuno sperimentare il nuovo prodotto.

La tutocaina (cloridrato del p. ammino α dimetil-ammino β metil γ butanolo) si presenta sotto forma di polvere cristallina inodora bianca; ha punto di fusione a 213°-215°, è solubile facilmente in acqua, difficilmente in alcool. Le soluzioni acquose sono neutre e incolore. Viene pure messa in commercio sotto forma di compresse, associata o non alla soprarenina, oppure in soluzioni (fiale) di varia concentrazione con soprarenina. La ebollizione breve non provoca alcuna alterazione. La stabilità alla ebollizione prolungata, corrisponde all'incirca a quella della novocaina cosicchè anche la tutocaina si può conservare in fiale sterili.

Le osservazioni di Schulemann mettono in rilievo che le soluzioni di tutocaina sull'occhio del coniglio e dell'uomo come pure nell'anestesia da infiltrazione sono scevre da azione irritante. Le soluzioni al 2 % sull'occhio umano provocano una

modica dilatazione dei vasi sanguigni corrispondente a quella provocata dalle soluzioni di novocainà di uguale concentrazione; tale azione può essere eliminata con l'aggiunta di soprarenina. Nell'occhio del coniglio non fu constatata un'influenza evidente sulla dilatazione pupillare, nell'occhio umano avviene una minima dilatazione della pupilla molto tempo dopo l'instillazione.

Da esperienze comparative circa il potere anestetizzante sulla cornea del coniglio risulta che le cifre limiti sono: novocaina 2 %, tutocaina 1/8 %, cocaina 1/20 %, inoltre a parità di concentrazione la durata d'azione della tutocaina è molto superiore (circa il doppio) a quella della novocaina. In autoesperienze con l'infiltrazione sottocutanea di tutocaina al 0,50 % l'Autore non avvertì l'inoltrarsi della punta dell'ago, mentre l'avvertì con una soluzione di novocaina al 2 %.

Riguardo alla tossicità la dose letale per il coniglio con una soluzione al 2 % iniettata nelle vene dell'orecchio in 15'' è di 15-20 mmg. mentre con le soluzioni più diluite e a dosi refratte, la dose letale è molto superiore. Iniettati sotto cute furono sopportati anche 200 mmg. L'A. con esperienze varie provò che il fegato esercita una larga azione disintossicante, e con esperienze comparative dimostrò che la tutocaina avrebbe una tossicità doppia della novocaina e sarebbe di metà meno tossica della cocaina. Però bisogna tener conto della disintossicazione più rapida per la tutocaina in rapporto alla cocaina che dà invece effetti cumulativi essendo la disintossicazione più lenta.

Tecnica. — Abbiamo usato la tutocaina unicamente per anestesia d'infiltrazione; in qualche caso tronculare. La soluzione fu dapprima preparata al 0,20 %, poi si preferì aumentare leggermente la concentrazione attenendoci costantemente alla seguente formula:

Tutocaina gr. 0,25; Sol. fisiologica gr. 100; Adrenalina 1:1000 goccie XX.

Con tale soluzione sterilizzata, preparata dalla farmacia dell'ospedale, venivano riempiti vasetti a collo largo e tappo smerigliato della capacità di 100-200 cmc.

Si fa precedere mezz'ora prima dell'intervento una iniezione di morfina o di M. A. S. S. se si tratta d'interventi laparotomici o di speciale importanza. I vasetti contenenti la soluzione sterile di tutocaina si aprono solo al momento dell'uso per evitare inquinamenti e si aspira da essi il contenuto con una siringa da 10-20 cmc., fornita di ago sottile e lungo circa 10 cm. Si eseguono le iniezioni colla solita tecnica, e cioè, introdotto l'ago sotto cute, lo si spinge lentamente lungo la linea che sarà percorsa dal tagliente. Così nel procedere dell'ago come nel ritirarlo si avrà cura di far penetrare abbondantemente la soluzione nel sottocutaneo. Se l'intervento è di una certa entità e una sola siringa non basta si praticano nuove iniezioni che non riescono più dolorose, o meglio, si lascia l'ago infisso nella cute e riempita nuovamente la siringa si continua ad infiltrare il tessuto circostante. Incisa la cute e il sottocutaneo occorre provvedere all'anestesia degli strati profondi, cosa però che con un po' di esperienza si può fare ottimamente a cute integra col vantaggio così di non interrompere l'atto operativo per praticare iniezioni. È opportuno praticare una buona emostasi per evitare la formazione di ematomi per emorragia dai piccoli vasi dopo scomparsa l'azione vaso-costrittrice dell'adrenalina.

Con tale metodo si praticarono circa duecento interventi di cui facciamo un breve riepilogo: 84 *ernie inguinali libere* (oblique esterne) delle quali 2 recidive, 6 bilaterali: in queste ultime l'anestesia fu praticata da ambo i lati prima dell'intervento e si mantenne ottima anche nel lato operato per ultimo. 4 casi erano complicati da varicocele e si praticò l'escisione di parte dei vasi dilatati e la sospensione del testicolo. In due casi si trovò contenuto nel sacco il cieco con l'appendice ingrossata ed infiammata: si praticò l'appendicectomia. In un caso l'ernia era associata ad una cisti del canale di Nuck che venne asportata. In due casi il sacco conteneva il legamento rotondo che si fissò alla parete addominale coi punti di ricostruzione della parete stessa. In tutti i casi si eseguì la cura radicale Bassini, eccettuato un solo caso in cui si praticò la cura Ferraris.

4 ernie inguinali dirette, delle quali una complicata da idrocele in cui si praticò l'eversione della vaginale.
10 ernie crurali libere: in un caso in cui il contenuto del sacco era costituito da omento se ne praticò la resezione. La ricostruzione della parete fu fatta mediante punto ad U in catgut o seta tra il legamento inguinale e il periostio del pube
4 ernie ombellicali libere.
1 ernia epigastrica.
8 ernie inguinali strozzate delle quali una bilaterale.
6 ernie crurali strozzate.
1 ernia ombelicale strozzata.

In alcuni casi di queste ernie strozzate fu necessario praticare l'affondamento di piccole zone intestinali necrotiche. In nessun caso fu necessaria una vera e propria resezione intestinale, data la buona ripresa della circolazione nell'ansa strozzata.

10 idroceli curati con la eversione della vaginale secondo Winkelmann.
6 varicoceli, asportazione dei nodi varicosi e sospensione del testicolo.
2 operazioni per fimosi.
1 asportazione di nodi linfangitici dalla faccia ventrale del pene.
1 amputazione del pene per carcinoma.
1 asportazione della ghiandola del Bartolini per infiammazione cronica.
3 resezioni costali per empiema toracico.
1 frenico-exeresi per tubercolosi polmonare.
8 operazioni per gozzo.
1 asportazione del simpatico cervicale e legatura della a. tiroidea sup. e inf. per morbo di Basedow.
1 asportazione di tubercoloma della regione cervicale.
3 asportazioni di linfoghiandole ingrossate della regione cervicale, per biopsia.
1 escisione di fistola branchiale.
1 escisione di cancro della guancia con asportazione di pacco ghiandolare sotto-mentoniero.
2 carcinomi della lingua.
3 carcinomi del labbro superiore.
1 carcinoma della regione parietale sinistra con svuotamento della loggia sotto mascellare dello stesso lato.
2 cisti sebacee rispettivamente preauricolare e della nuca.
2 epiteliomi del naso.
1 escisione di fistola sacro-coccigea.
2 casi di fibro-adenoma della mammella dei quali uno bilaterale.
1 adeno-carcinoma della mammella.
1 operazione per dente ritenuto infetto nel corpo mandibolare, (demolizione della lamina esterna della branca orizzontale della mandibola e asportazione del 2° premolare contenuto in cavità ascessuale che comunicava colla bocca mediante tragitto fistoloso.
1 cisti dentaria della branca orizzontale della mandibola (anestesia loc. e per conduzione).
1 operazione per gengivite cronica ipertrofica; escisione delle zone gengivali proliferate, cauterizzazione della base d'impianto delle masse escise.
1 ranula sottolinguale.
1 epulide sarcomatosa.
1 borsa mucosa sottoacromiale.
1 disarticolazione della terza falange per patereccio osseo.
1 ganglio articolare del pugnetto.
1 cisti parotidea.
2 tumori della parotide.
1 cisti sottodeltoidea.
1 asportazione di scheggia metallica dal palmo della mano.
1 asportazione delle guaine tendinee dei muscoli estensori della mano destra per tubercolosi delle guaine stesse.
3 asportazioni di lipomi rispettivamente del dorso, della regione cervicale e del gomito.
1 asportazione di chiodo metallico che tiene infisso il grande trocantere fratturato.
1 cisti dermoide dell'ombelico.
1 fibroma della parete addominale.
2 laparotomie esplorative, rispettivamente per carcinoma dello stomaco inoperabile e carcinoma del peritoneo.
1 laparotomia per lisi di aderenze periduodenali, previa iniezione di M. A. S. S.
1 operazione per cisti idatidea del fegato, marsupializzazione della cisti che si incide dopo una settimana.
1 operazione per calcolosi biliare: asportazione della cistifellea, coledoco ostruito in corrispondenza della testa del pancreas, coledocotomia e sondaggio.
1 gastrostomia per carcinoma dell'esofago.
1 ano artificiale per carcinoma del colon discendente.

Tutti questi interventi, tra i quali alcuni lunghi e laboriosi, essendosi proceduto diligentemente alla distribuzione del liquido anestetizzante nel campo operativo, vennero praticati senza sofferenze per il paziente che, interrogato, asseriva di non avvertire che il contatto degli strumenti. Terminata l'operazione anche dopo un'ora o un'ora e mezza gli ultimi punti furono dati senza che il malato si lamentasse. Se per necessità operative si oltrepassava la zona o gli strati infiltrati (come durante l'escisione del sacco erniario) il paziente avvertiva dolore molto attenuato.

La quantità di liquido, variabile da caso a caso, non fu mai necessario superasse i 70-80 cmc. anche per i maggiori interventi.

L'operazione avvenne sempre senza alcun fenomeno di intossicazione, non avvertendosi malessere nè vertigini nè turbe oculari. Nel decorso ulteriore non si verificarono in notevole misura dolori post-operativi, nè ipertermie, nè vomiti.

Localmente non fu notata alcuna influenza dell'anestetico, avendosi sempre la guarigione per prima nelle operazioni asettiche, il che del resto rientra nell'abituale comportamento dei casi sottoposti ad anestesia locale con sostanze poco tossiche e sterilizzabili.

Gli ottimi risultati avuti nell'uso della tutocaina nell'anestesia d'infiltrazione ci fanno preferire tale anestetico a tutti gli altri attualmente conosciuti e ci inducono altresì a preferire l'anestesia per infiltrazione a qualsiasi altra forma d'anestesia compresa la rachidea, la quale pure rendendo in speciali casi impareggiabili servigii non è ancora colla tecnica attuale e con le sostanze finora in uso del tutto scevra d'inconvenienti e primi fra tutti:

il collasso che insorgendo durante l'intervento costituisce un notevole disturbo oltrechè per il paziente anche per il chirurgo obbligato sovente a interrompere temporaneamente l'atto operativo;

la cefalea postoperativa che dura insistente talvolta intere settimane, ribelle ai più vari medicamenti;

la ritenzione d'orina che obbliga al quotidiano cateterismo frequentemente seguito dalle noiose complicazioni di infezioni delle vie urinarie.

Nella anestesia d'infiltrazione nulla di tutto questo abbiamo potuto rilevare. I pochi inconvenienti che vengono imputati all'anestesia da infiltrazione sembrano di ben poco conto di fronte ai notevoli vantaggi. Infatti:

la perdita di tempo per l'esecuzione delle iniezioni si riduce a pochi minuti, ben poco più di quanto occorra per ottenere ad es. una buona narcosi eterea. L'attesa poi, dopo le iniezioni, si può ridurre al minimo, il tempo cioè necessario per disporre i teli sterili intorno al campo operativo; anzi l'anestesia fu buona anche quando si iniziò l'operazione immediatamente dopo le iniezioni;

l'edema dai tessuti infiltrati si limita generalmente al solo sottocutaneo e non riscontrammo mai che alterasse notevolmente l'aspetto anatomico e la resistenza dei tessuti stessi;

il mancato rilasciamento delle pareti muscolari non è tale da aumentare le difficoltà degli interventi sull'addome quando si faccia precedere un'iniezione di M. A. S. S. Del resto gli interventi laparotomici decorsero con la massima facilità fino alla fine, trovandosi soltanto in alcuni qualche lieve difficoltà nella riposizione dei visceri.

la durata dell'anestesia fu sempre tale da permettere le più lunghe operazioni di un'ora o un'ora e mezza.

le emorragie secondarie dei piccoli vasi, che possono manifestarsi dopo scomparsa l'azione vaso-costrittrice dell'adrenalina si evitano con una buona emostasi. Nei casi sopra riportati, avendo praticato una accurata emostasi mediante legatura in catgut non abbiamo mai rilevato formazioni di ematomi.

Per tutto quanto si è detto possiamo formulare le seguenti conclusioni:

1) La tutocaina ha un forte potere anestetizzante superiore a quello di tutti gli anestetici locali attualmente conosciuti (esclusa la cocaina).

2) Si può usare in dose e concentrazione minore che la novocaina, con il vantaggio della minore introduzione di farmaco per il malato e anche con vantaggio economico per la minore spesa.

3) Non dà fenomeni d'intossicazione nè immediati nè postoperativi.

4) Non disturba la guarigione delle ferite.

5) Ha azione rapida permettendo d'iniziare subito l'intervento dopo le iniezioni.

6) Ha azione duratura permettendo l'esecuzione dei più lunghi atti operativi.

7) Esercita una notevole azione in profondità e nei territori limitrofi a quelli infiltrati.

BIBLIOGRAFIA.

1) BLUM V.-GLINGAR A. *Anwendung des tutocains in der urologischen Praxis.* Wien. Klin. Woch., 1924, n. 33.

2) BRAUN. *Tutocain ein neues mittel zur örtlichen Betäubung.* Klin. Woch., 1924, n. 17.

3) BUONOMO-LA ROSSA F. *Esperimenti su un nuovo anestetico locale.* Rassegna internazionale di clinica e terapia, marzo 1925.

4) FINSTERER H. *Sull'anestesia locale colla Tutocaina nei grandi interventi addominali.* Wien. Med. Woch., 1924, n. 18.

5) FRESE H. *Tutocain ein neues Lokalanaestheticum in der ophtalmologie.* Klin. Woch., 1924, n. 28.

6) GENTZSCH K. *Tutocain als Oberflächenanaestheticum.* Klin. Woch., 1924, n. 34.

7) GRIMSEHL H. *Sulla tutocaina nuovo anestetico locale.* Deut. Zahnärzt. Woch., 1924, numero 10.

8) KREBS H. *Tutocain, ein neues anästhetikum, und dessen Anwendung in der augenheilkunde.* Munch. Med. Woch., 1924, n. 20.

9) LOTHEISSEN G. *Sull'anestesia locale colla tutocaina.* Wiener. Med. Woch., 1924, n. 18.

10) MONTANELLI G. *La Tutocaina nuovo anestetico locale in oculistica.* Lettura oftalmologica, anno III, marzo 1926.

11) POZZATO P. *Contributo allo studio dell'anestesia locale da infiltrazione.* Gazzetta degli ospedali e delle cliniche, anno 34, n. 22.

12) SCHNEIDER O. *Tutocain ein neues Lokalanästhetikum und seine Anwendung in der Zahnheilkunde.* Munch. Med. Woch., 1924, numero 18.

13) SCHULEMANN W. *Tutocain als oberflächen und Infiltrationsanaestheticum.* Klin. Woch., 1924, n. 16, anno III.

14) SEIFFERT A.-ANTHON W. *Tutocain ein neues Lokalanaestheticum.* Deut. Medical Woch., 1924, n. 17.

15) SICILIANI G. *Contributo sperimentale clinico sull'anestesia locale.* L'Azione sanitaria, aprile 1927, n. 4.

16) STEICHELE H. *Erfahrungen mit Tutokain.* Munch. Med. Woch., 1924, n. 43.

17) TEICHERT K. *Tutokain ein neues Anaestheticum.* Munch. Med. Woch., 1924, n. 32.

18) VALDONI P. 500 *Rachianestesie con la tutocaina.* Policlinico, Sez. pratica, fasc. 42, 18 ottobre 1916.

Torino, agosto 1927, V.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

La sindrome da ipertensione intracranica.

(BÉRIEL e DEVIC. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 aprile 1928).

I sintomi cardinali della sindrome da ipertensione intracranica sono la cefalea, il vomito e la vertigine.

La cefalea può assumere forme diverse. Nella fase iniziale si limita ad un senso di peso accompagnata da lieve pigrizia intellettuale. In seguito la cefalea si fa sempre più intensa ed è destata o meglio accentuata da ogni sforzo fisico: il semplice movimento della testa spesso provoca un dolore gravissimo. Contemporaneamente si accentua l'obnubilazione psichica. La localizzazione è varia e vaga e senza alcun significato diagnostico.

Il vomito è a getto e può essere o non accompagnato da nausea.

La vertigine si riduce talvolta ad una semplice sensazione di squilibrio senza apparenti manifestazioni obbiettive. Talora si ha la grande vertigine rotatoria. In conseguenza l'andatura diventa esitante e prudente, raramente titubante.

Ciascuno di questi sintomi deve far pensare all'ipertensione intracranica, ma la loro contemporaneità non deve lasciare alcun dubbio al riguardo. Il loro valore diagnostico è ancora più considerevole quando assumono un decorso parossistico realizzando vere crisi d'ipertensione acuta, che spesso si manifestano in occasione di sforzi lievissimi, di semplici cambiamenti di posizione. Nei casi tipici, su un fondo costante di peso alla testa, di torpore psichico e di senso di squilibrio, si sviluppa l'accesso: la cefalea diviene intollerabile ed è aggravata dai vomiti, mentre l'infermo è preso da una grande vertigine rotatoria. Talvolta durante l'accesso la vista è come velata, l'infermo si sente spinto nell'oscurità (vertigine tenebrosa degli antichi). Questi accessi hanno durata varia, possono divenire subentranti e trasformarsi in veri stati comatosi.

I disturbi visivi, dipendenti dall'edema papillare, sono presso che immancabili. Il malato ha l'impressione di vedere attraverso la nebbia fitta: gli oggetti diventano sempre più indistinti a misura che il campo visivo si restringe, e ciò fino alla cecità completa.

A parte i disturbi psichici in rapporto alla localizzazione della lesione che provoca l'ipertensione, questa per sè stessa nella grande maggioranza dei casi provoca un caratteristico torpore mentale. Ogni sforzo intellettivo è molesto all'infermo, l'interrogatorio è penoso, occorre ripetere le domande e non sempre le risposte sono sufficienti. Più raramente si ha un vero stato confusionale con disorientamento nel tempo e nello spazio e deficienza di memoria. In ogni caso non si ha mai un vero stato demenziale: è raro che non si riesca a svegliare l'infermo dal suo torpore con domande precise e imperative. Si vede allora che il campo intellettivo non è devastato, ma solo velato.

Talvolta si hanno crisi epilettiche generali.

Il polso è per lo più frequente.

Talvolta, specie nell'ipertensione marcata, si ha scomparsa totale dei riflessi tendinei, che si attribuisce alla pressione esercitata sulle radici nei fori di coniugazione da parte del liquor.

I sintomi su accennati possono presentarsi isolatamente o più o meno raggruppati senza che esista un'effettiva ipertensione intracranica. Occorre perciò in ogni caso procedere alla puntura lombare ed alla misurazione manometrica della tensione.

Questa richiede una tecnica rigorosa per evitare facilissimi errori. Il soggetto deve essere disteso a letto senza cuscini; lascerà la posizione ad arco di cerchio assunta per facilitare la penetrazione dell'ago; gli arti inferiori saranno tenuti ben distesi, il capo allo stesso livello del corpo senza alcuna inclinazione laterale, nè in avanti, nè indietro. La flessione del collo apparentemente insignificante può invece produrre un aumento della pressione di 5-10 cm. a causa dell'ostacolo della circolazione venosa. Si terrà conto della cifra indicata dal manometro quando il malato sarà in piena calma e l'ago sarà fisso o non farà che piccole oscillazioni sincrone con i movimenti respiratori.

Nella situazione su indicata la tensione normale oscilla fra 15 e 20 cm. di acqua, ma si deve accordare un valore semeiologico solo a cifre superiori a 30 cm. In effetti nella sindrome da ipertensione la pressione è di solito superiore a 50 cm. e può raggiungere anche 100 cm.

L'ipertensione non è l'espressione di un fatto meccanico, ma di una reazione encefalica generale ed è legata ad una varietà di affezioni endocraniche, tra le quali le più frequenti e le più imponenti sono i tumori.

Il glioma è il neoplasma più caratteristico del sistema nervoso centrale. Esso è macroscopicamente caratterizzato da un processo diffuso in modo che la sua enucleazione è impossibile: e sopra una sezione non si può delimitare il punto dove comincia il cervello sano e dove finisce il tumore. Del resto l'intero emisfero nel quale si sviluppa il glioma è sempre più volu-

minoso di quello del lato opposto. E' per lo più un tumore benigno, progredisce lentamente e non si generalizza; e d'altra parte s'infiltra rispettando gli elementi vitali del cervello, che sono distrutti solo tardivamente.

Gli altri neoplasmi intracerebrali sono più rari. I soli di cui si debba praticamente tener conto sono quelli dei plessi coroidei sviluppati nell'interno dei ventricoli o in piena sostanza cerebrale, nel quale caso sono attaccati al plesso a mezzo di un sottile peduncolo, ed i tumori secondari spesso con nuclei multipli disseminati nell'encefalo.

La sindrome d'ipertensione può essere data anche da tumori sviluppati tra l'encefalo e la scatola cranica, come quelli ponto-cerebellari.

I tumori sviluppati a spese delle meningi non producono di solito l'ipertensione anche se molto voluminosi.

Le gomme sifilitiche sono sempre accompagnate da ipertensione.

Le forme tubercolari invece danno l'ipertensione solo nel periodo infiammatorio, nel primo stadio del loro sviluppo quando l'encefalo reagisce a distanza su una zona estesa. Quando invece il tubercolo è incistato e la massa caseosa è isolata da uno strato fibroso, l'ipertensione può mancare.

L'ascesso cerebrale può essere causa d'ipertensione, ma, specie quando si sviluppa nel tragitto d'un'antica ferita, e rimane incistato nella sua capsula fibrosa, può anche non provocare alcuna reazione a distanza.

Si è creduto che le meningiti sierose localizzate determinanti piccole raccolte di liquido sottoaracnoideo possono essere per sè causa d'ipertensione. In effetti esse costituiscono fatti reattivi di altri processi, in ispecie tumori, ai quali, e non alla meningite, deve attribuirsi l'ipertensione.

Le meningiti sierose generalizzate, che talvolta provocano una enorme dilatazione ventricolare con parete epentimale rugosa, provocano sempre ipertensione. Si tratta d'un'affezione ad etiologia sconosciuta (sono state incriminate la sifilide e la tubercolosi) che decorrono con crisi successive.

Recentemente è stata richiamata l'attenzione su una forma di meningite detta sierosa o ipertensiva, che costituisce una complicazione intracranica di processi auricolari, e nella quale i fatti predominanti o esclusivi sono quelli determinati dall'ipertensione.

Resta infine a ricordare la così detta malattia di Nonne che clinicamente ha il quadro del tumore cerebrale, mentre anatomicamente è caratterizzata dall'assenza di qualsiasi lesione che possa spiegare l'ipertensione.

I problemi diagnostici che riguardano l'argomento in discussione sono di due ordini: riconoscimento dell'esistenza dell'ipertensione intracranica e della lesione che la produce.

La diagnosi d'ipertensione si basa sui sintomi clinici e sulla puntura lombare.

I sintomi elementari della sindrome presi isolatamente sono banali e senza valore diagnostico, solo la loro associazione deve far pensare all'ipertensione. Così una cefalea violenta che persiste senza vertigini e senza vomito e con perfetta lucidità mentale ha meno valore d'una cefalea meno intensa accompagnata da obnubilazione intellettuale. La vertigine tenebrosa ha più valore dello squilibrio senza fatti visivi. Un significato di prim'ordine hanno i grandi accessi su accennati.

L'esame oftalmoscopico conferma la diagnosi sospettata in base ai fatti clinici, ma devesi tenere presente che il reperto della papilla da stasi non è caratteristico dell'ipertensione e che essa suole trovarsi nelle fasi relativamente tardive.

La puntura lombare, alla quale si deve ricorrere solo nei casi seriamente sospetti, dà più sicuri risultati. Tuttavia, a parte le cause di errori dovuti a difetti di tecnica che sono possibilissimi malgrado le più rigorose precauzioni, devono tenersi presenti due ordini di considerazioni:

1) che i fenomeni biologici mal si prestano ai rigori delle cifre e che la soglia normale dell'ipertensione fissata a 30 cm. di acqua è un po' arbitraria;

2) che vi sono forme d'ipertensione intracranica, nelle quali il manometro lombare non indica alcun aumento di pressione: ciò si verifica nei casi nei quali è interrotta la comunicazione tra gli spazi sottoaracnoidei midollari ed i ventricoli cerebrali.

Quindi anche il reperto manometrico deve essere interpretato in funzione degli altri sintomi.

Per quel che riguarda la diagnosi differenziale dei vari disturbi che compongono il complesso sintomatico dell'ipertensione va ricordato che la cefalea dei nevrastenici non è un vero dolore ma un senso di peso e di vuoto e la perdita della memoria, l'incapacità al lavoro di cui si lamentano i nevrastenici non ha nulla a che fare con l'obnubilazione dell'intelligenza. Tuttavia vi sono cefalee neurotiche impressionanti per la loro insistenza accompagnate anche da disturbi dell'equilibrio e della visione, da vomiti. In questi casi la diagnosi differenziale è più difficile ed in mancanza di altri elementi il dubbio sarà risoluto dalla puntura lombare.

L'encefalite epidemica può rassomigliare clini-

camente all'ipertensione, ma nella prima la puntura lombare dà un reperto di leucocitosi e non ipertensione.

L'encefalite a focolai disseminati, caratterizzata da focolai multipli di rammollimenti o emorragici, disseminati in tutto l'encefalo, può dare torpore intellettuale, vertigini, vomito. Tuttavia la cefalea manca o è moderata. D'altra parte la molteplictià o diffusione di sintomi di deficit funzionali in rapporto alla molteplicità dei focolai non si accorda con una lesione unica come il tumore. La tensione del liquor, con o senza reazione leucocitaria, non è aumentata.

Le meningite sifilitiche subacute possono simulare la sindrome d'ipertensione in tutti i suoi elementi, compresa la papillite edematosa. Le reazioni umorali ed il criterio terapeutico risolvono nettamente il dubbio.

Fra tutte le neoformazioni intracraniche il glioma è il solo tumore nel quale i sintomi generali occupano il primo piano. I fenomeni di deficit o di irritazione locale sono appena abbozzati in confronto della gravità dei disturbi provocati dalla ipertensione intracranica.

I tumori dell'angolo ponto-cerebellare sono clinicamente caratterizzati più che dall'insieme dei sintomi dalla progressività della loro comparsa. S'inizia con fenomeni auricolari, seguono i disturbi dei nervi vicini all'acustico: anestesia e più raramente dolore nel campo del trigemino, paralisi facciale, strabismo. I segni cerebellari sono tardivi e nella fase ultima compaiono l'emiplegia e l'emianestesia incrociata. I sintomi dell'ipertensione sono tardivi e non sempre sono confermati dall'esame manometrico del liquor.

La diagnosi di tubercolosi può presentare talvolta difficoltà insormontabili. La base più sicura si troverà nel fatto che l'ipertensione non è costante ma evolve con crisi successive.

L'ascesso cerebrale può rimanere latente per lungo tempo, ma quando compaiono i segni d'ipertensione l'evoluzione precipita. Sono elementi probativi: l'esistenza di un processo infettivo prossimo o lontano (ferite infette del cranio, otiti, sinusiti frontali, suppurazioni pulmonari croniche, bronchiectasie, endocarditi infettive), la rapidità del decorso, la bradicardia, la reazione leucocitaria nel liquor.

La diagnosi di ependimite è molto delicata. Si baserà sulla constatazione molto netta d'ipertensione con sintomi meningei (rigidità nucale, Kernig), sulla sua evoluzione a tappe, in seguito alle quali l'obnubilazione mentale si fa sempre più intensa. Nelle fasi acute la puntura lombare d'ipertensione e reazione leucocitaria, fatti che mancano nei periodi intercalari.

La diagnosi della così detta meningite sierosa si basa esclusivamente sulla esistenza dei sintomi d'ipertensione in forma alternata e sull'ipertensione del liquor. Su questa condizione si sa ancora ben poco. È probabile che la lesione causale sia un tubercolo, che poi volge a guarigione con la conseguente scomparsa della sindrome.

La cura della sindrome d'ipertensione intracranica va diretta alla rimozione della causa, che del resto può riuscire solo in caso di forme sifilitiche o di neoplasmi accessibili chirurgicamente. Altrimenti bisognerà contentarsi della craniectomia decompressiva che calma i dolori, impedisce, quando sia tempestiva, l'atrofia dei nervi ottici e dà un manifesto sollievo al malato.

DR.

ORGANI DIGERENTI.

Alcune forme anormali di tumore dell'esofago.

(J. GUISEZ. *Bull. et Mém. Soc. Chir.* Paris, 18 nov. 1927).

L'A. dal 1903 ha potuto diagnosticare con l'esofagoscopia 1600 casi di tumori dell'esofago. Fra questi circa il 2 % presentano dei fatti anormali.

Nel cancro dell'esofago si hanno quasi sempre le stesse manifestazioni: disfagia intermittente al principio, che può fare pensare a semplice spasmo, mentre è puramente meccanica; mancanza di dolore. Questo esiste quando il cancro si è diffuso agli organi vicini: mediastino, plesso intercostale, colonna vertebrale; al faringe, al laringe od allo stomaco se è di sede alta o bassa. Rigurgito alimentare; appetito spesso normale; condizioni generali del paziente buone. La gastrostomia o l'intubazione fanno migliorare notevolmente le condizioni scadenti generali se si creano marcati fenomeni di stenosi esofagee. Perciò si può giudicare che si tratti di un cancro poco maligno e con evoluzione lenta. La sintomatologia è quella di una stenosi progressiva non facilmente distinguibile clinicamente dalla stenosi cicatriziale, infiammatoria o da compressione. Soltanto la radioscopia e l'esofagoscopia specialmente, possono fare stabilire la diagnosi diretta.

Sono stati pubblicati dei casi di *forme latenti* di cancro dell'esofago, causa di errori diagnostici quali il cancro del laringe, la sifilide laringea, l'aneurisma dell'aorta; in qualche caso essendovi il cancro latente fistolizzato cogli organi respiratori aveva fatto pensare a tubercolosi pulmonare. Gli errori sono più difficili con la radioscopia e l'esofagoscopia. In 8 casi osservati dall'A. avendosi lievi disturbi intermittenti ritenuti da spasmo e ricercando i corpi estranei, in corrispondenza

di essi si rinvenne un'ulcerazione carcinomatosa. In un caso di osservazione recente l'esofagoscopia dimostrò un voluminoso cancro del 3° inferiore dell'esofago in un infermo in ottime condizioni generali, e che non presentava che degli spasmi esofagei intermittenti, accentuatisi recentemente.

Il cancro inoltre impiantatosi in una grande dilatazione esofagea può restare insidioso, sviluppandosi sulla sacca esofagea in un punto più o meno distante dalla stenosi; tracce di sangue presenti nel materiale di rigurgito o di vomito possono fare indurre nel sospetto. Così pure bisogna fare attenzione nei vecchi spasmodici a crisi disfagiche prolungate. In un uomo disfagico da 25 anni l'A. rinvenne con l'esofagoscopia un cancro sulla parte anteriore della sacca esofagea, la quale aveva una capacità di 2 litri. Si può ritenere che « tutti gli ammalati con stasi nelle loro retrodilatazioni sono candidati al cancro dell'esofago, essendo l'esofagite cronica la più grande causa predisponente alla degenerazione cancerosa ».

Sono illustrati casi di cancro dell'esofago insorti su cicatrici: l'A. ne riferisce 2 casi, uno operato dall'A. di estrazione di corpo estraneo; ed un secondo in un militare, che 10 mesi prima aveva riportato scottature della mucosa esofagea da gas tossici.

Il cancro dell'esofago di solito ha un'*evoluzione lenta*, si ha negli individui vecchi, e quando il paziente è dimagrato in conseguenza dei disturbi di canalizzazione alimentare, la gastrostomia lo fa migliorare, dando un periodo di sopravvivenza da fare quasi dubitare delle diagnosi.

La *forma rapida* si ha per lo più nei giovani, al di sotto dei 30 anni: così il decorso fu di 2 mesi in una giovane di 24 anni, di 3-4 settimane in una ragazza di 14 a. con spasmo e dilatazione dell'esofago fin dalla nascita, di un mese in un uomo di 29 a., di 3 settimane in un giovane di 15 anni ecc. L'A. ha osservato un caso di *sarcoma esofageo*, affezione estremamente rara. Si trattava di un uomo di 54 anni, affetto da disfagia accentuatissima da 8 mesi. Dimagrimento ed astenia. All'esofagoscopia stenosi serratissima a 36 cm. dall'arcata dentaria, costituita da tumori di aspetto di bottoni sanguinanti. L'asportazione di un frammento rivelò la natura sarcomatosa fusocellulare. Con 8 applicazioni di radium a 2 giorni di intervallo la stenosi divenne permeabile permettendosi l'alimentazione per 6 mesi; ma dopo 8 mesi l'infermo venne a morte per complicanze broncopulmonari, da disseminazione del tumore. Il decorso clinico del sarcoma esofageo differisce da quello del cancro perchè è doloroso e la disfagia è precoce.

Vi sono *forme secondarie* di cancro dell'esofago da carcinoma primitivo della trachea (ne riferisce 2 casi), dei bronchi (1 caso), o del laringe (2 casi). L'A. riferisce inoltre una osservazione di carcinoma primitivo delle guancie con cancro secondario al terzo superiore dell'esofago; e tre casi di cancro dell'esofago secondario a cancro della mammella asportato 14, 5, e 3 anni prima. Nel 2° caso dopo una serie di applicazioni di radium la deglutizione ridivenne normale, il peso aumentò, si ebbe regressione del tumore esofageo. Dopo un anno la p. è morta di recidiva del carcinoma della mammella.

Si possono avere *localizzazioni multiple* del cancro dell'esofago; di esse cita 2 casi.

Negli ammalati trattati col radium le recidive si presentano a distanza dalla sede del tumore primitivo che resta cicatrizzato. Così in un caso mentre il tumore primario, distrutto con il radium, si presentava a 17 cm. dall'arcata dentaria, dopo poco a 34 cm. si presentò altra stenosi neoplastica, che non si giovò del trattamento col radium. In un altro caso, distrutto (clinicamente) col radium un tumore esofageo a 30 cm. dall'arcata dentaria, dopo 3 mesi si presentò altra stenosi neoplastica a 30 cm.

JURA.

La resezione addominale e colloaddominale del cancro dell'esofago intratoracico.

(GOHRBANDT. *Archiv. f. Klin. Chir.*, vol. 148, pagina 528).

L'A. ha cercato di perfezionare il metodo proposto da Denk. Pratica una incisione parallela all'arcata costale sinistra, afferra lo stomaco con la mano sinistra e lo stira verso il basso. Sulla faccia ant. dell'esofago si vede una corda che tende il peritoneo: è il vago sinistro che viene sezionato e che permette l'adito al dito nel vero piano di scollamento dell'esofago. Si ripete la manovra per il vago destro e si inizia lo scollamento dell'esofago dalla pleura andando con il dito verso l'esofago per evitare la rottura della pleura. Se si è riusciti a mobilizzare il tumore e questo risiede nella parte bassa dell'esofago, si riuscirà a portarlo nell'addome. Rapidamente pratica la frenicotomia sinistra per mettere a completo riposo il diaframma e fissa accuratamente l'esofago al hiatus diaframmatico. Asportazione del tumore, chiusura e affondamento del cardias. Anastomosi del moncone esofageo con il fondo dello stomaco, sutura della sierosa diaframmatica alla gastrica per assicurarsi della tenuta della stomia.

Quando il tumore risiede più in alto si pratica la mobilizzazione dall'alto con una incisione cervicale sin. evitando la lesione della tiroidea inf. e, mobilizzato tutto l'esofago dopo averlo sezio-

nato al cardias e fissato il moncone in una sonda esofagea questo viene estratto e rimesso, dopo ablazione del tumore in un tunnel sottocutaneo della parete toracica anteriore. Lo stesso viene eseguito con il fondo dello stomaco dal basso all'alto.

Alla fine dell'intervento si applica una fistola gastrica per provvedere alla nutrizione. In un secondo tempo si provvede alla unione dell'esofago con lo stomaco.

Di sette pazienti così operati ha avuto al massimo una sopravvivenza di nove giorni, uno operato solo per la via addominale è morto sei mesi dopo l'intervento per altre ragioni.

Crede il metodo indicato nei cancri dell'esofago all'inizio.

VALDONI.

PATOLOGIA GENERALE.

Ricerche biochimiche sullo sperma e sul muco del collo uterino.

(KURZVOK e MILLER. *American Journal Obstetrics and Gynecology*. 1928, n. 1).

Gli autori espongono i risultati di loro studi su alcune proprietà biochimiche dello sperma e del muco del collo uterino, che mettono in luce nuovi elementi nel meccanismo della fecondità e della sterilità.

Il collo dell'utero è completamente riempito da un muco gelatinoso, viscoso che aderisce tenacemente a tutti gli oggetti, completamente trasparente nelle vergini, torbido, purulento in tutti i casi nei quali esistono lesioni patologiche pelviche.

Dati i caratteri fisici di questo muco riesce inconcepibile come esso possa essere attraversato dagli spermatozoi a meno che non si ammette la presenza nello sperma di una sostanza capace di dissolvere il muco stesso.

In effetti mettendo a contatto in vitro vari campioni di sperma e di muco si potè constatare dopo 24 ore una completa dissoluzione mentre nei tubi di controllo non si constatò alcuna modificazione fisica del muco.

Altri esperimenti dimostravano che la sostanza contenuta nello sperma: 1) non ha alcuna azione sulle proteine ma solo sulla mucina, 2) che ha un'azione specifica solo sulla mucina del collo uterino, e non su quella salivare e bronchiale, 3) che è distrutta dal calore e non è alterata dal freddo almeno per un periodo di 5 giorni, 4) che è non è precipitata dall'acido fosfomolibdico, 5) che non è dializzabile, 6) che l'azione litica non dipende dagli spermatozoi ma da una sostanza disciolta nello sperma, 7) che l'azione litica si verifica in vivo come in vitro, 8) che la sostanza litica non si trova nei testicoli, 9) che l'attività litica è ridotta dalla presenza di pus.

Questi dati di fatto possono dar ragione della sterilità malgrado le perfette condizioni anatomiche e funzionali degli organi genitali della donna e la normale costituzione morfologica. Verisimilmente la sterilità in questi casi è dovuta all'assenza nel seme della sostanza capace di sciogliere il muco che blocca l'orifizio uterino.

Perchè si abbia la fecondazione è necessario che gli spermatozoi depositati nel culdisacco posteriore della vagina raggiungano l'uovo entro 48 ore dalla eiaculazione, perchè sembra accertato che la loro capacità fecondatrice non dura oltre questo periodo malgrado la persistenza della loro mobilità. La mobilità non è un criterio di fertilità.

Quando nello sperma manca la sostanza capace di sciogliere il muco, gli spermatozoi non possono attraverso il canale cervicale penetrare nell'utero e di qui raggiungere le trombe. La fecondazione non avviene ed il soggetto rimane sterile. Nel caso nel quale la sostanza litica è diminuita occorre maggior tempo perchè lo spermatozoo possa attraversare la colonna di muco ed intanto può perdere il suo potere sterilizzante.

Lo stesso effetto si ha quando lo sperma è normale ed il muco è alterato dalla presenza di pus. Questo, come si è detto, annulla o diminuisce l'attività litica dello sperma, per modo che in questo caso la sterilità non è dovuta all'assenza o diminuzione della sostanza litica dello sperma, ma all'incapacità del muco di subirne l'azione.

La specificità della sostanza litica è un fenomeno molto interessante: essa non digerisce la fibrina, la caseina, l'albume d'uovo, ed anche la mucina delle glandole sottomascellari e del secreto bronchiale. Ma è ancora più importante che lo stesso muco del collo uterino si comporta variamente a seconda dello stato di gravidanza o non della donna, ed in casi di amenorrea da disfunzione endocrina.

Il fatto che la sostanza litica è precipitata dall'acido fosfomolibdico e che non attraversa le membrane, indica che essa è legata ad elementi proteici dello sperma. Mentre la sua termolabilità e la sua specificità fa ritenere trattarsi di un enzima.

Questo enzima deve avere la stessa azione litica non solo sul muco del collo uterino, ma sulla zona pellucida che rassomiglia alla mu-

cina per i suoi caratteri fisici e chimici. Si dovrebbe quindi ammettere che lo spermatozoo dopo aver superata la barriera del muco del collo uterino e raggiunto l'uovo, deve trascinare con sè qualche traccia dell'enzima litico che gli consente di dissolvere in un punto la zona pellucida ed aprirsi così una breccia per penetrare nell'interno dell'uovo.

Quest'azione è tanto più probabile in quanto l'enzima litico, come è stato sperimentalmente dimostrato in vitro, è capace di agire in ambiente sia acido che alcalino.

Il rapporto tra enzima litico e spermatozoi si presta a spiegare alcuni casi di sterilità, che non troverebbero spiegazione con altri fatti. In una coppia unita da molti anni non si ebbe mai prole, quantunque gli organi genitali della donna fossero perfetti, lo sperma dell'uomo contenesse un numero normale di spermatozoi mobili, ed il coito si compisse normalmente. L'esame dello sperma dimostrò l'incapacità di digerire il muco del collo uterino. In questo caso quindi la sterilità era dovuta all'assenza di sostanza litica nello sperma. Un individuo con sindrome di Frölich aveva scarsi spermatozoi nello sperma, che d'altra parte aveva una debole attività litica. Poichè tutti gli individui con sindrome di Frölich sono sterili si deve pensare che il fenomeno si debba riferire alla insufficienza di attività litica dello sperma.

I dati finora raccolti non consentono di affermare il fenomeno reciproco, se cioè la sterilità possa attribuirsi ad incapacità da parte del muco del collo uterino di subire l'azione litica dello sperma.

L'enzima litico non è stato trovato nei testicoli di bue. Ciò può attribuirsi a difetto di metodo di estrazione, tuttavia è verosimile che l'enzima sia prodotto nelle vesciche seminali o nella prostata.

Tutte queste considerazioni dimostrano che il problema della sterilità è molto complesso, perchè essa è in relazione a fattori non solo anatomici e fisiologici ma anche biochimici, che possono essere messi in evidenza caso per caso.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

V. GIUDICEANDREA. *Diagnostica medica e mezzi sussidiari di laboratorio*, L. Pozzi, editore. Roma, 1928. L. 68.

Ho sempre lamentato che nella letteratura medica italiana facciano difetto i manuali per medici pratici e per studenti, nei quali, in modo semplice e chiaro, siano indicati tutti quei mezzi di laboratorio utili a completare e a suggellare la diagnosi clinica, e che offrano le indicazioni, se non a compiere, a prelevare e a utilizzare il materiale di esame. L'A. molto opportunamente viene incontro a questo sentito bisogno, con un manuale, in cui lo scopo precipuo è quello di valorizzare i mezzi sussidiari moderni di laboratorio a complemento della diagnosi clinica.

Dalla lettura del libro traggo la convinzione che la spinta all'A. è data dalla lunga esperienza e che la pratica dell'insegnamento e il contatto cogli studenti e coi giovani medici ha suggerito l'indirizzo e segnato gli esatti limiti nella trattazione della materia.

Nulla infatti che ricordi un trattato di patologia o un libro di sistematica di laboratorio: l'A. in ogni gruppo di malattia ed in ogni singola malattia si preoccupa del modo con cui il medico può sfruttare la sana ricerca di laboratorio per la diagnosi o per il controllo della diagnosi clinica. Qualcuno trascura questi mezzi perchè non ne conosce l'estensione e la portata, l'A. li enumera, li descrive, ne dà il valore clinico, offre i mezzi per il prelevamento del materiale da esaminare. Per chi fida esageratamente nell'esame di laboratorio, l'A. volta per volta raffredda qualche entusiasmo eccessivo e fa bene.

Se la medicina moderna non può più essere confinata ai resultati del vecchio esame obbiettivo e del ragionamento clinico non può trovare nel laboratorio che un *ausilio importante*, ma nulla più: guai a coloro che sperano dai molteplici esami di laboratorio di ottenere il nome della malattia che colpisce il suo paziente!

Nelle malattie infettive e parassitarie, ad un capitolo di nozioni generali utilissimo, segue l'analisi nelle varie malattie dei mezzi di esami e dei resultati; nelle malattie degli organi respiratori le ricerche sull'espettorato, sui versamenti (transudati ed essudati), l'esame radiologico precede una breve trattazione analitica delle varie malattie sempre per quello che riguarda i mezzi di laboratorio; sulla stessa linea l'A. considera

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

l'apparato circolatorio, le malattie gastrointestinali, le malattie del fegato, del pancreas, del rene, degli organi emopoietici, del sistema nervoso, e le malattie endocrino-simpatiche.

Il lettore troverà condensate nel volume le ricerche che si possono fare a letto del malato dall'esame bacteriologico, all'esame radioscopico, dall'esame farmacologico del simpatico, all'esame del liquor, della funzionalità renale, epatica, pancreatica, dal metabolismo basale, alle ricerche morfologiche e serologiche sul sangue. È davvero uno sforzo lodevole quello di aver voluto condensare per lo studente e per il pratico tanta mole di materia utilissima e in gran parte indispensabile al pratico esercizio della medicina. Lode va data all'A. che non ha voluto diluire la materia come sarebbe stato facilissimo, ma ha preferito la difficile arte del concentrare e del sintetizzare. Va data lode per aver tenuto nel dovuto conto il contributo degli AA. italiani. La lunga pratica nell'insegnamento ha facilitato la chiara esposizione.

Il volume che l'Editore, come sempre, presenta nitido, elegante, ricco di figure dimostrative, è un libro utile; raggiunge lo scopo che si propone; è degno di entrare nel novero dei manuali che restano sul tavolo, pronto alla richiesta di ogni momento e in ogni difficile occasione clinica: auguro che gli arrida quella fortuna che esso merita.

T. PONTANO.

PFEIFFER H. *Allgemeine und experimentelle Pathologie*, II Edizione, 1927. Urban & Schwarzenberg. Berlin, Mk. 22,50.

Questa seconda edizione che compare a 3 anni di distanza dalla prima contiene un aggiornamento completo di ogni problema di patologia generale, e specialmente nei riguardi delle ghiandole a secrezione interna è stata notevolmente migliorata ed arricchita di ogni nuova acquisizione.

Dopo avere trattato brevemente del concetto di malattia, l'A. passa ad esaminare partitamente tutte le varie cause di malattia. Ai tre capitoli dell'infiammazione, della febbre, delle immunità, seguono i vari capitoli che trattano delle alterazioni del sangue della circolazione, della respirazione, del ricambio, delle ghiandole a secrezione interna. Da ultimo egli tratta dei tumori, esponendo diffusamente quanto è stato osservato nello studio sperimentale di tumori. Questo volume rappresenta la raccolta di lezioni fatte per medici e per studenti. Ad entrambi esso si presenta come particolarmente utile ed interessante.

TR.

BORDET F. e TURPIN A. R. *Coeur, vaisseaux, organes Hématopoietiques*. Un vol. in-16° di 440 pag. G. Doin e C., Paris 1927. Frs. 28.

La casistica della pratica cardiologica è talmente variata che schematizzarla è cosa veramente difficile. L'A. perciò ha preferito di raccogliere in queste pagine una serie di nozioni indispensabili per ricercare ed eseguire tre grandi indicazioni che dominano la terapia cardiaca: l'insufficienza del miocardio, le turbe dell'apparato cardio-regolatore, l'esistenza di lesioni infiammatorie evolutive.

Ugualmente per la patologia vascolare, l'A. ha preferito raggrupparla su tre o quattro grandi fattori che debbono guidare il medico nella diagnosi e nella cura: l'origine funzionale od organica delle turbe circolatorie constatate, la loro localizzazione e la natura delle loro cause.

In tal modo, in questo piccolo libro sono riuniti tutti gli elementi capaci di orientare rapidamente il pratico nella diagnosi delle malattie del cuore, del sangue e dei vasi, mettendolo inoltre in grado di poter tener conto di ogni particolarità nell'eseguire le varie terapie.

A. POZZI.

Actas y Trabajos del III Congreso Nacional de Medicina Sud Americano. IV vol. (*Dermatologia y Sifilologia*). Tipogr. Las Ciencias, Buenos Ayres, 1927.

Questo IV volume dei Lavori del III Congresso Sud Americano di Medicina è dedicato esclusivamente alla Dermatologia e alla Sifilologia. In esso sono raccolte numerose osservazioni personali, corredate da magnifiche illustrazioni, di molte dermatosi tropicali, frequenti in alcune regioni del Sud America.

Inoltre molto interessanti appaiono diverse comunicazioni sulla Lebbra, perchè oltre ad un notevole esame clinico, riportano i primi risultati di nuovi indirizzi terapeutici e profilattici.

A. P.

MEDICINA SOCIALE.

La denuncia obbligatoria della tubercolosi.

La dibattuta questione è stata recentemente ripresa in Francia, a proposito dell'approvazione di un Decreto il quale stabilisce che i casi di tubercolosi contagiosa in occasione del decesso o del cambiamento d'alloggio devono essere denunciati dal medico curante e l'appartamento deve essere disinfettato.

Delle obbiezioni da parte dei medici, si è fatto eco il *Bulletin de la Fédération nationale des Syndicats médicaux de France* il quale vede, nelle citate disposizioni, soprattutto la violazione del segreto professionale. Le misure della disinfezione obbligatoria, si osserva, saranno per i vicini di casa la più patente rivelazione della malattia, che la famiglia desiderava tener segreta e che viene spesso dissimulata allo stesso infermo. È quindi probabile che la denuncia si faccia in misura minima, mentre, si aggiunge, la legge non sarà affatto applicabile nei luoghi dove il riconoscimento dei decessi non è fatto da medici.

Anche la disinfezione non è sempre efficace ed in ogni caso deve essere continuativa ed estesa a tutti i luoghi dove il tubercoloso circola e lavora, cioè nella collettività. In tali contingenze, le citate disposizioni hanno la probabilità di rimanere una bella facciata, dietro alla quale non si trova nulla.

La Francia arriva un buon quarto di secolo dopo di noi a prescrivere la sola denuncia dei casi di decesso e di cambiamento di alloggio. Il nostro Regolamento generale sanitario del 3 febbraio 1901, di fatto, fa obbligo della denuncia dei casi di tubercolosi polmonare nelle comunità, negli ospedali, nelle vaccherie e latterie e nei casi di cambiamento di alloggio e di decesso. Disposizioni ben più complete ed importanti dal punto di vista della difesa sociale.

L'obbiezione che la denuncia viene a violare il segreto professionale è certamente da tenersi presente. Ma si può osservare che esso viene già violato per molte altre malattie infettive e che l'interesse individuale deve cedere di fronte alle necessità della difesa sociale: *salus publica suprema lex.* Giusta invece è l'osservazione che il medico viene in tal modo a trovarsi in una posizione antipatica di fronte al cliente a cui, con la denuncia, impone la visita da parte dell'Ufficio d'igiene, le disinfezioni, ecc. Ma, anche questa è una vecchia questione ed un antico desiderio dei medici, che l'obbligatorietà della denuncia venga trasferita dal medico al malato (od alla sua famiglia), come esiste in altri paesi (Inghilterra) dove trovasi pure la retribuzione per il medico che fa la denuncia di malattie infettive.

Del resto, il segreto professionale in casi di morte è (o dovrebbe essere) violato dal medico il quale onestamente deve denunciare la *vera* causa della morte. Quanto alla possibilità del riconoscimento ufficiale del decesso da parte di non medici, osserviamo che esso è in vigore, oltre che in Francia in altri paesi (Austria) e non si comprende come, in tali condizioni, si possano avere delle fondate statistiche sulle cause di morte. Tutto ciò meraviglierà non poco i medici italiani. Noi ci lamentiamo spesso che il nostro Paese è in ritardo, in confronto di altri, nell'applicazione di molte leggi; ma forse, se conoscessimo meglio l'organamento di parecchie altre nazioni, ci convinceremmo del contrario. Per rimanere nel campo che ci interessa, si pensi che, mentre il nostro Regolamento di Polizia mortuaria data dal 1892 ed è tuttora nel suo complesso rispondente ai criteri moderni, in Francia manca invece una qualsiasi legge sulla dichiarazione dei decessi!

Anche la Germania, per ciò che riguarda la denuncia della tubercolosi non è certo più avanti di noi. Vi sono Stati dove non esistono affatto leggi sulla tubercolosi, in altri è obbligatoria la denuncia in caso di morte e di cambiamento di domicilio oppure dei casi di tubercolosi contagiosa.

Possiamo dunque ritenere che, in complesso, le nostre disposizioni sulla denuncia della tubercolosi siano per ora bastevoli e ledano al minimo il diritto privato rappresentando esse i casi che possono avere maggiore importanza sociale. Forse la semplice dizione di tubercolosi polmonare è troppo estesa e sarebbe da desiderarsi l'aggiunta di « contagiosa od aperta », sebbene anche questa potrebbe prestare il fianco a critiche od incertezze.

Purtroppo però, in pratica, la denuncia non sempre viene fatta nei casi previsti dalla legge. Poco agevole è spesso conoscere il cambiamento di alloggio; il tubercoloso è un cliente molto instabile e cambia medico con grande facilità, soprattutto se cambia quartiere. Tuttavia le denuncie per tale condizione non sono del tutto scarse, avendo anche raggiunto il massimo di 3 732 (1916). Abbastanza numerose e se ne comprende la ragione sono le denuncie di ospedali e case di cura (fino a 7 670 nel 1917), mentre invece scarsissime e certamente di molto inferiori al vero sono quelle dei casi di tubercolosi negli alberghi, aggirandosi dal 1921 attorno ad una trentina all'anno.

Nè il male è limitato all'Italia; anche per la Germania, p. es., A. Sega (*La lotta antituberco-*

lare in Germania) osserva che praticamente le denuncie non sono sempre eseguite o non sono fatte in tempo, per cui l'efficacia costrittiva delle legge non risponde in tutti i casi allo scopo della protezione dell'individuo sano e della ricerca del tubercoloso.

Anche fatta la denuncia, poi, non è a dire che i provvedimenti siano sempre agevoli ed efficaci. Indubbiamente utile è la disinfezione in caso di cambiamento di domicilio, evitando così che il nuovo inquilino trovi i bacilli lasciati da quello precedente. Ma la disinfezione fatta in caso di morte arriva quando ormai il malato ne ha disseminati continuamente per anni, il solito difetto della disinfezione finale; è quindi indispensabile provvedere alla **disinfezione continuativa** a cui devono pensare il medico, i dispensari ed altre istituzioni. Più problematici sono poi gli effetti della denuncia quando si tratti di comunità, mentre nel caso delle vaccherie e latterie non è difficile l'esclusione dell'individuo affetto.

È quindi desiderabile che le disposizioni sulla denuncia della tubercolosi vengano integrate da altre misure e da precise prescrizioni sui provvedimenti da adottarsi nei singoli casi; solo in tal modo si potranno rendere efficaci tali disposizioni e si potrà fare la difesa sociale della collettività.

A. FILIPPINI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

XXIV Riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia.

(2-4 aprile 1928).

Presente un numero di soci nazionali anche maggiore del solito, fra cui quasi tutti i clinici, e con l'intervento di alcuni dermatologi stranieri, fra gli altri il Prof. SHAMBERG, direttore della Clinica dermosifilopatica di Praga, ha avuto luogo recentemente in Roma la XXIV riunione di questa fiorente Società, la cui attività scientifica è testimoniata ancora una volta dall'importanza e dalla quantità delle comunicazioni preannunziate e quasi tutte svolte con un seguito di elevate e proficue discussioni.

Il Congresso fu inaugurato con un discorso del Prof. BOSELLINI il quale propose l'invio di telegrammi di omaggio a S. E. il Capo del Governo, a S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione ed a S. E. il Sottosegretario per gl'Interni: proposte tutte approvate per acclamazione dell'Assemblea.

Su proposta del socio TRUFFI furono nominati fra gli applausi dei presenti soci onorari nazionali i soci ordinarii MAJOCCHI, BARDUZZI, BERTARELLI e BREDA.

E così pure senza discussione e col plauso unanime dell'Assemblea venne deliberato l'inquadramento della Società nei Sindacati fascisti intellettuali.

Fu infine stabilito di affidare alla Presidenza le pratiche perchè nel Congresso internazionale di Dermatologia, che avrà luogo a Copenhagen nel 1930, la lingua Italiana figuri fra le lingue ufficiali (1).

Approvati poi la relazione finanziaria dei Sindaci CARRUCCIO e VIRGALLITA, ed il bilancio sociale presentato dal cassiere economo DELLA SETA G., si passò senz'altro allo svolgimento dell'ordine del giorno con la discussione del primo tema ufficiale: «*La superinfezione sifilitica sperimentale*» relatori ufficiali i soci TRUFFI, BALBI, ARMUZZI di Padova; correlatori liberi i soci ARTOM (Novara), BIZZOZERO e BERNUCCI (Torino), FARINA (Bari), PICCARDI e BRUNETTI (Torino), VERROTTI (Catania).

Il secondo tema: «*Il metabolismo basale in Dermatologia*» ebbe a relatore il socio FALCHI (Pavia); e correlatori liberi i soci CIANBELLOTTI (Siena), CROSTI (Milano), SPARACIO (Roma).

Le relazioni ufficiali erano state già stampate ed in precedenza distribuite ai soci, così che la discussione che ne seguì, potè procedere con ordine e con ampia conoscenza da parte dei varî oratori dei due importanti problemi di patologia cutanea e sifilografica messi all'ordine del giorno.

Ai relatori l'Assemblea tributò calde e meritate approvazioni per il lavoro magistralmente compiuto.

L'importanza ed il numero delle altre comunicazioni (che in tutto ammontavano a 116) non ci consentono di entrare in dettagli: d'altra parte è imminente la pubblicazione degli Atti del Congresso dai quali i lettori potranno farsi un'idea della attività scientifica non mai interrotta, sempre anzi in continuo incremento, delle nostre scuole dermatologiche. Fra le comunicazioni che dettero luogo a più viva ed intensa discussione ricorderemo di volo soltanto alcune riflettenti argomenti d'indole generale come quelle sulla *tripaflavina nella blenorragia* (GAVIATI, MUCCI, PERANTONI), sull'*equilibrio acido-base nel sangue* e questioni affini (ARTOM, BERTACCINI, CIAMBELLOTTI, FLARER, MEINERI, SANNICANDRO), sui *rapporti fra tubercolosi cutanea e tubercolosi viscerale* (CAPPELLI), sulle *dermatosi e gruppi sanguigni* (MEINERI, NARDELLI), sulle *alopecie da tallio* (LEIGHEB), sui *meccanismi di difesa cutanea* (MARIANI), ecc.

Su proposta della Presidenza furono stabiliti i seguenti temi ufficiali per il venturo Congresso:

1) *Terapia malarica nella sifilide*: relatore PASINI (Mlano);

2) *Valore e meccanismo dei processi immunitarii cutanei*: relatore MARIANI (Bari).

---

(1) Il che è stato già ottenuto in seguito alle pratiche della Presidenza. (*N. d. R.*).

Il premio DE AMICIS per il 1927 venne assegnato al dottor MONACELLI (Roma) il quale aveva presentato un lavoro sulle dermatosi non tubercolari nei soggetti tubercolosi ed a cui l'Assemblea espresse un unanime voto di plauso.

Dopo l'elezione dei nuovi soci nazionali ed esteri si addivenne alla rinnovazione, per scaduto biennio, del Consiglio direttivo. Risultarono eletti a Presidente il socio Prof. TRUFFI (Padova), a vicepresidente i soci Prof. LOMBARDO (Pisa) e MARIANI (Bari), a segretario il socio MONTESANO (Roma), ad economo-cassiere il socio Dott. DELLA SETA (Roma). A sindaci furono confermati i soci Prof. CARRUCCIO (Roma) e generale medico Dott. VIRGALLITA (Roma). Per la sede del futuro convegno fu data facoltà alla Presidenza di fissarla, tenendo conto del desiderio espresso da molti soci di ritrovarsi a Roma.

Esaurito così completamente l'ordine del giorno, il presidente Prof. BOSELLINI, a cui i presenti rivolsero un caldo saluto ed unanimi applausi per il modo encomiabile con il quale era stata preparata e si era svolta la riunione, dichiarò chiuso il XXIV Congresso annuale.

V. MONTESANO.

Associazione Medica Triestina.

XIII Adunanza scientifica del 30 marzo 1928-VI.

Presidenza: Dott. A. COFLER, pres.

Il Presidente eleva una fiera protesta per l'infame attentato al nostro amato Sovrano e rivolge un commosso pensiero alle innocenti vittime dell'attentato. L'Assemblea sorge al grido: Viva il Re! Viva l'Italia!

Viene spedito il seguente telegramma: « Generale Cittadini, Roma. — Associazione medica triestina eleva alla Maestà del Re espressione sua esultanza scampato pericolo amato Sovrano ed afferma sua profonda fede nel cammino trionfale della Patria verso la potenza in ogni campo ».

Viene ricordato il defunto podestà cav. uff. Carlo Archi.

Il Presidente comunica la lettera con la quale il dott. Nicolich accompagna l'opera del defunto padre suo prof. Nicolich, « Urologia », offerta quale omaggio all'Associazione Medica Triestina e ringrazia vivamente il dott. Nicolich per il gentile dono.

Viene letto il telegramma di ringraziamento del prof. Economo per le felicitazioni dell'A. M. T. in occasione della sua nomina a professore di neurologia all'Università di Zurigo.

Il dott. OLIANI ha rinunziato alla sua comunicazione sulla sutura del cuore.

Studi sulla pressione arteriosa.

WINTERNITZ. — L'O. parte dal concetto, che per avere un ragguaglio esatto sulle condizioni della circolazione sanguigna e particolarmente sullo svuotamento diastolico delle arterie, non basta la determinazione della pressione arteriosa massima e minima; per ottenere una valutazione esatta in proposito bisogna mettere in rapporto la pressione differenziale con il numero delle pulsazioni del battito cardiaco. Ammettendo che la caduta della pressione arteriosa durante la diastole cardiaca avvenga secondo una linea retta, inclinata rispetto all'orizzontale, comprende che la rapidità di svuotamento delle arterie sarà in diretto rapporto con l'angolo d'inclinazione della retta che segna la caduta della pressione.

L'O. si è proposto il problema di trovare una espressione matematica che stia in un certo rapporto con questo angolo. Questa espressione, che potrebbe chiamarsi *costante di svuotamento delle arterie*, si può calcolare dalla seguente formola:

$$K = \frac{\text{Pdx} \times \text{Plx}}{\text{Pdn} \times \text{Pln}}$$

in cui Pdx significa la pressione differenziale riscontrata nel soggetto, Plx è il numero delle pulsazioni per minuto trovato nel soggetto, Pdn è la pressione differenziale normale per il soggetto in esame, tenendo conto che in condizioni normali la pressione minima espressa in mm Hg è uguale alla metà della pressione massima più 10 in soggetti non ipertesi, più 20 in individui ipertesi. Pln è il numero di pulsazioni normali: cioè 72. Dalla determinazione di questo valore in vari soggetti e particolarmente dal confronto del valore in riposo col valore dopo sforzi, l'O. viene alle seguenti conclusioni:

1) in condizioni normali il coefficiente è uguale ad 1;

2) in condizioni di svuotamento molto rapido il coefficiente è superiore ad 1;

3) in casi di svuotamento rallentato il coefficiente è inferiore ad 1;

4) in individui con buona funzionalità delle arterie, lo sforzo determina un sensibile innalzamento del coefficiente, mentre ciò non avviene in individui in cui le arterie abbiano perduto la loro elasticità.

RAVASINI e D'AGNOLO. — Riferiscono su alcuni *reperti pielografici di difficile interpretazione*. Rivendicano anzitutto a Vespignani di Padova la priorità sull'interpretazione di immagini a forma di pennacchio e di candela che si riscontrano anche in reni sani e che sono dovute secondo Vespignani a spasmo del bacinetto. Ricordano i lavori di Salinger, Fuchs ed altri, che osservarono queste immagini in reni patologici e riferiscono su di un caso personale, nel quale apparisce l'immagine a forma di biscia in un calice ed il reflusso pielovenoso in un altro, caso che fece pensare, per il complesso della sintomatologia clinica, ad un eventuale tumore del rene mentre all'atto operativo si riscontrò un rene mobile macroscopicamente sano e istologicamente soltanto con trasudato sieroso nelle capsule del Bowman.

Il Segretario: Dott. E. RONCALLI.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 24 febbraio 1928 - VI.
Presidenza: Prof. DUCCESCHI.

Sul tubercoloma perlaceo della meninge encefalica.

ZANETTI. — Nella tubercolosi delle meningi, accanto alle forme di meningite tubercolare, meningocefalite specifica, tubercolo meningoencefalico, meningite granulare circoscritta è degna di trovare posto anche la forma perlacea.

Mentre nelle lesioni citate è indubbia, sia pure in minimo grado talora la partecipazione della sostanza nervosa, nel tubercolo perlaceo questa partecipazione viene esclusa almeno nei suoi primi stadi, ed in ogni modo non è mai diretta.

La tubercolosi perlacea della meninge convalida i concetti dall'O. esposti a proposito del tubercolo della sostanza bianca del cervello che cioè lo sviluppo del nodo può considerarsi come autonomo ed in intimo nesso con la produzione di vasi e reticoloendotelio.

CAGNETTO. — Rileva l'importanza della comunicazione. È strano che il tubercoloma perlaceo sia raro nella meninge. Non pare che dipenda da condizioni topografiche. Bisogna studiare i rapporti tra pia e aracnoide. Il virus arriva alla meninge per attecchimento dall'esterno o per via ematica? Probabilmente sono in gioco molti fattori. Sarà il caso di vedere se abbia valore la diversità del virus bovino da quello umano.

Tentativi di terapia dell'alopecia areata con sali di tallio.

BALBI. — L'O. espone alcuni casi interessanti mettendo in rilievo l'azione esercitata dal tallio nella ricrescita dei capelli.

TRUFFI M. — Può parere strano che un mezzo che serve a fare cadere i capelli, serva anche a farli ricrescere. Ciò però si accorda col fatto che non appena è avvenuta la caduta dei capelli, questi ricompaiono. Certo le indicazioni del tallio nei casi indicati dal Balbi sono limitate.

TRUFFI G. — Le esperienze del Balbi confermano che l'azione del tallio si verifica direttamente sul pelo.

Sull'azione di innesti ovarici di cagne neonate in cagne vecchie.

TRUFFI G. — L'O. in cagne molto vecchie in periodo di riposo sessuale già da parecchio tempo, ha innestato nel sottocutaneo addominale delle ovaie di cagne neonate. L'innesto si è costantemente distrutto ed è divenuto un ammasso connettivale. L'ovaio dell'ospite mostra, parallelamente alla distruzione dell'innesto, evidenti fenomeni rigenerativi che raggiungono già il loro massimo fra il 15° e il 20° giorno. L'epitelio germinale, che nella cagna vecchia è monostratificato, appiattito, atrofico, ridiventa rigoglioso e proliferante, dà origine di nuovo alla formazione di numerosi tubi di Pfluger che fanno riprendere all'ovaio un aspetto embrionale, anche in dipendenza del fatto che nuovi follicoli da questi tubi si sono generati. Non esistono però cellule ove sono elementi della serie ovogoniale in evoluzione.

Come controllo ai fenomeni istologici di rinnovamento dell'ovaio delle vecchie cagne sono servite le ovaie prelevate, in alcuni casi, prima dell'innesto, con atto laparotomico.

Anche l'utero dapprima atrofico ed in preda ad involuzione sclerotica ha ripreso le dimensioni, il colorito e la consistenza normali, dell'epoca in cui l'animale è sessualmente attivo.

È interessante quindi poter stabilire che tanto i fenomeni di rinnovamento del tessuto epiteliale ovarico, quanto i fenomeni di riattivazione uterina si siano determinati in seguito all'innesto embrionale di un animale omologo. E poichè l'innesto va rapidamente verso la sclerosi, il disfacimento degli elementi che componevano l'ovaio embrionale al momento dell'innesto, ed il passaggio in circolo dei loro prodotti devono essere stati sufficienti a ravvivare le sopite funzioni genitali di un animale sessualmente esaurito. Come ho avuto cioè occasione di dimostrare in altre circostanze, l'influenza ormonica dell'ovaio viene esercitata dall'elemento epiteliale che lo compone.

Dopo queste mie esperienze e dopo le risultanze già conosciute in seguito ai lavori di Steinach, Kalb, Pettinari, ecc. si deve arrivare a nuovi orientamenti nella pratica terapeutica degli innesti.

FASIANI. — Il Truffi ha dimostrato chiaramente che l'azione sicuramente efficace degli innesti sia da attribuirsi non all'attecchimento, ma al riassorbimento di sostanze ad azione specifica. Il dottor Chiavedano anni or sono nella Clinica di Torino, innestò topi vecchi con elementi sessuali di topi giovani. Il Truffi ha detto giusto che l'innesto omoplastico può alle volte attecchire, quando si osservino certe cautele. Non è d'accordo con lui sulla possibilità di desensibilizzare un animale ospite in modo da permettere l'attecchimento di un elemento prima non tollerato.

ENRIQUEZ. — Voronoff in alcuni casi non ha ottenuto ringiovanimento; bisogna pensare che lo individuo ospite aveva una glandula sessuale insufficiente, tale da non poter reagire. Non è di accordo col Truffi che la breve durata dell'innesto debba ritenersi sicuramente favorevole.

FRUGONI. — Riferisce l'osservazione di un soggetto di 20 anni, eredoluetico, con sclerosi probabile dell'apparato paratiroideo.

Col trapianto di due paratiroidi umane si notò il risultato immediato, cioè scomparsa della tetania e di un'enterite emorragica. Rimase il Chvostek a denotare una latente insufficienza. Dopo cinque mesi, avvenuto il riassorbimento si ebbe ricaduta. Nuovo trapianto di paratiroidi umane, ma senza risultato. Invece il trapianto di tutto l'apparato tiro-paratiroideo di una scimmia giovò. Il paziente da un anno e mezzo è in buone condizioni. E' vero che è stata innestata anche la tiroide, d'altra parte si è fatto così per la certezza di trapiantare le paratiroidi.

BERTINO. — Le esperienze del Truffi sono importanti teoricamente, però praticamente è ben

difficile usare ovaie di neonate. Bisognerebbe ricorrere ad ovaie di scimmie e allora è da domandarsi se il risveglio non durerà poco tempo, come avviene col trapianto del testicolo.

TRUFFI G. — Risponde ai vari OO. sostenendo quanto ha creduto di dedurre dalle sue esperienze.

L'azione dei gas respiratori e della pressione arteriosa sui centri regolatori del ritmo cardiaco.

AUREP G. V. e PESERICO E. — Gli OO. riferiscono su esperienze nel cane rivolte a risolvere le difficoltà tecniche per lo studio sperimentale dell'azione dei centri nervosi sul ritmo cardiaco. Quindi osservano che su campioni di sangue prelevati da ambedue i circuiti alla fine di ogni periodo sono state fatte le determinazioni di O_2-CO_2 e P.

La testa conserva i riflessi finchè dura il cuore, polmoni che la perfonde; anzi avviene spesso che alla fine dell'esperienza essa reagisca più vivacemente che all'inizio. Ad ogni aumento della pressione nervosa della testa il cuore risponde come è noto con una diminuzione del ritmo, e può giungere all'arresto diastolico. Ma questo effetto dell'aumento di pressione in certe condizioni può mancare e in certe altre invertirsi. Manca quando il cuore innervato è sotto l'azione di una forte ipercapnia, che determina di per sè diminuzione del ritmo e notevole aumento del volume diastolico; scompare durante l'ipercapnia prolungata dei centri; infine si riduce, fino anche a scomparire, quando la pressione che domina nel cuore innervato è molto bassa. Per avere una buona risposta allo stimolo della pressione sui centri bisogna che nell'organo effettore regni una pressione piuttosto alta. Quando il centro del vago è fortemente eccitato dall'anossemia l'aumento della pressione di perfusione della testa determina invece di una diminuzione un aumento del ritmo del cuore innervato; l'effetto cioè s'inverte. Questo perchè viene ad aumentare con la velocità della corrente sanguigna l'apporto di ossigeno ai centri, cosicchè l'eccitamento del vago diminuisce ed il ritmo del cuore s'accelera.

La risposta del cuore agli aumenti della pressione arteriosa nella testa è una buona prova delle condizioni dei centri perchè a parità d'ogni altra condizione, a eguali aumenti della pressione corrispondono diminuzioni eguali del ritmo. Per questo ci siamo sempre serviti dello stimolo della pressione come di un mezzo per esplorare lo stato dei centri.

L'anossemia agisce in modo diverso a seconda del grado in cui viene spinta. Una leggera anossemia può determinare una diminuzione della risposta allo stimolo della pressione e un acceleramento del ritmo. Ad un grado più avanzato l'anossemia non complicata da ipercapnia fa sempre entrare il centro del vago in una fase di intenso eccitamento. Durante questo periodo si ha abitualmente l'inversione dell'effetto pressorio. Poi improvvisamente il ritmo del cuore con un passaggio assai netto diventa rapidissimo, perchè è sopraggiunta la paralisi del centro vago. Spingendo ancora l'anossemia il ritmo del cuore ad un certo punto diminuisce probabilmente per la paralisi del simpatico, ed il cuore assume definitivamente il ritmo autonomo del cuore denervato. Se prima di spingere l'anossemia al punto d'uccidere i centri si ridà ossigeno al preparato, il ritmo del cuore ripassa in senso inverso, attraverso le stesse fasi. Però per fare rivivere il vago non bisogna attendere la paralisi del simpatico. Sembra dunque che i centri simpatici resistano di più all'anossemia di quelli del vago.

L'anidride carbonica, a concentrazioni normali favorisce il tono del vago. Bisogna tener presente a questo proposito la sua azione sulla curva di dissociazione dell'ossiemoglobina, e le necessità dell'equilibrio acido-base dei tessuti. A dosi maggiori invece l'anidride carbonica determina la scomparsa della risposta del cuore agli aumenti di pressione nei centri, ad un modico aumento del ritmo del cuore innervato. Agisce dunque come se inibisse il tono del vago.

Se si aumenta contemporaneamente la concentrazione di CO_2 nel sangue che circola nella testa e in quello che circola nel cuore innervato l'effetto periferico maschera quello centrale: il ritmo del cuore diminuisce, ma contemporaneamente diminuisce o addirittura scompare ogni risposta agli aumenti di pressione. Ciò dimostra che il rallentamento è dovuto ad un effetto periferico, perchè il centro del vago non è più in grado di reagire allo stimolo solito.

Sull'influenza esercitata dal corpo luteo nella gravidanza.

MAURIZIO. — L'O. discute dapprima la legge generale emessa da Fraenkel sulla necessaria funzione del corpo luteo nell'annidamento e sviluppo dell'uovo, contrappone a questo autore le esperienze di altri che negano al corpo luteo qualsiasi importanza. L'O. ha potuto praticare l'ovariectomia bilaterale nei diversi periodi della gravidanza, nelle gatte ed ha potuto osservare che l'intervento (castrazione) praticato nella prima metà della gestazione in questo animale non disturba il decorso naturale della stessa. Tutte e sei le gatte operate nella prima metà della gestazione partorirono regolarmente a termine. Come per la donna così anche per quest'altro animale la legge di Fraenkel non trova applicazione.

L'O. dalle sue esperienze è indotto a dubitare se esista in realtà un qualsiasi rapporto tra durata di attecchimento dell'uomo e durata della gestazione e pensa se invece non sia lecito presumere che, indipendentemente dalla durata della gestazione, l'uovo impieghi un tempo molto breve per attecchire e che esista forse isocronismo nell'applicazione di questo singolare esordio della gravidanza.

La funzione del corpo luteo, come del resto anche quella dell'ovaio, non deve ritenersi necessaria, neanche per la prima fase della gravidanza ma sostituibile: annidatosi l'uovo perchè trovò il terreno favorevole ha poi in sè le energie suffi-

cienti per l'ulteriore suo sviluppo e riceve dagli ormoni placentari l'impulso vicariante alla sua crescita.

TRUFFI G. — Nota che si è molto esagerato sull'importanza del corpo luteo. È interessante sapere se i feti hanno potuto essere allattati regolarmente.

BERTINO. — Ricorda che un'operata al 3° mese di gravidanza perchè affetta da fibroma ha partorito a termine ed ha allattato. È d'accordo che si è esagerato sul valore funzionale del corpo luteo.

Prof. F. PANCRAZIO.

R. Accademia Medica di Genova.

Seduta del 20 gennaio 1928.

Cento prostatectomie.
Considerazioni cliniche ed operative.

Prof. SILVIO ROLANDO. — Lo studio dell'infermo dev'essere completo. Gli operandi ipertesi sopportano l'atto operativo meglio degli ipotesi. Per la valutazione della funzione renale l'O. si vale oggi solamente della ricerca dell'U. nel sangue che egli ritiene sufficiente nella pratica.

La preparazione del paziente viene compiuta:

1) coll'uso della sonda a permanenza;

2) collo svelenamento metodico dell'organismo.

L'U. del sangue si riduce da cifre anche altissime a cifre compatibili coll'intervento.

L'O. per l'anestesia si vale di quella spinale tropocainica (6 cgr.).

L'O. pratica l'operazione in due tempi e fa precedere la deferentectomia bilaterale.

Illustra un suo nuovo processo di deferentectomia. Per l'emostasi preventiva ha adoperato il coaguleno, il citrato di soda (al 30 per cento) ed il cloruro di calcio per iniezione endovenosa, senza beneficio apprezzabile; egli è partigiano del tamponamento. Su 100 prostatectomie ha avuto 91 guarigioni e 9 decessi: 2 per lesioni settiche e 7 per broncopolmonite.

Appendicite fibroblastica.

Prof. TEOFILO BIANCHERI. — Una donna di 29 anni, dopo un parto fisiologico, comincia a soffrire di disturbi nella fossa ileo-cecale per i quali è operata 4 anni dopo di appendicectomia.

L'esame istologico dell'appendice, che è tozza e presenta tre protuberanze sottosierose, dimostra una cospicua neoformazione connettivale prevalentemente della sottomucosa, ricca di fibre elastiche e di vasi, con infiltrazione linfocitaria nodulare, che ha in parte ridotto ed obliterato il lume dell'appendice e che l'O. condividendo l'opinione di Laewen, ritiene dovuta a reazione particolare del tessuto connettivo, per diatesi fibroblastica, verso uno stimolo infiammatorio cronico.

La cura insulinica degli stati di denutrizione dei non diabetici e dell'anoressia di origine tubercolare.

Dott. PIETRO BERRI. — L'O., passate brevemente in rassegna le indicazioni dell'insulino-terapia a scopo ingrassante, illustra una casistica composta di specifici, tutti non diabetici, in cui ha praticato la cura insulinica. Egli si dichiara convinto dell'utilità di questa cura che dovrebbe essere sempre tentata quando tutti gli altri trattamenti non riescono a ridare l'appetito al paziente ed accrescerne il peso corporeo.

S.

Società fra i Cultori delle Scienze Mediche e Naturali in Cagliari.

Seduta del 28 marzo 1928.
Presidente: Prof. C. CENI.

Prof. G. PETRAGNANI e Prof. A. CASTELLI. — *Lo svernamento della Gambusia Holbrooki e dei culicidi in provincia di Cagliari.*

Riflessi pratici degli Oleoscleromi.

Prof. A. BUSINCO. — Ritiene interessante per la pratica medica richiamare l'attenzione su le successioni morbose conseguenti a iniezioni sottocutanee di sostanze medicamentose o vacciniche (lipovaccini) sospese in olio di vaselina. I nodi o le piastre dure che ne derivano e che possono, inopinatamente o per l'azione di irritazioni meccaniche, assumere, ad un tratto, un accrescimento invadente e infiltrativo, sono designati dall'O. col nome di oleoscleromi, che forse meglio rispecchia il fattore etiologico e il carattere morfologico e patogenetico della manifestazione morbosa che può conseguire all'introduzione di un qualunque olio minerale. Gli oleoscleromi non sono altro che gli elaiomi del Biondi, gli oleoconnettivomi; i fibrosarcoidi di altri studiosi, i vaselinomi e i paraffinomi, secondo l'indicazione richiamante, nei casi speciali, la sostanza impiegata.

Dato il carattere pratico della comunicazione, poichè i dettagli d'ordine patogenetico, ecc., ha già trattato insieme col colonnello medico Bayon sul *Giornale di medicina militare*, si ferma sulla frequenza, sulla etiologia, sulla morfologia, sugli elementi utili per la diagnosi pratica, su cui particolarmente insiste, poichè gli risulta che, nonostante in questo ultimo decennio si sia, sull'argomento, raccolta, specie per opera di studiosi italiani, una ricca e bella letteratura, a illustrazione di serie e profonde ricerche (Biondi, Ascarelli, Moriani, Benassi, Tommasi, ecc.), gli oleoscleromi, specie sulle complicanze tardive ed evolutive che possono simulare anche un neoplasma maligno, con cui furono talvolta, persino da valorosi professionisti, scambiati, non sono abbastanza conosciuti. Tratta così, dei caratteri clinici, morfologici, dell'aspetto vario macro e microscopico, che correda con dimostrazione di preparati, e del trattamento della forma morbosa.

Prof. BAGGIO. — Chiede all'O. se abbia constatato mai nel campo clinico raccolte liquide derivanti dalle forme indurativo-sclerose alle quali ha accennato o se, nel campo anatomico, gli sia occorso di constatare focolai di rammollimento o di necrosi che potessero alludere a tale passaggio.

La sua domanda prende argomento da un caso nel quale ebbe ad aspirare, come fosse un ascesso

freddo, una raccolta liquida della regione mammaria in un individuo il quale assicurava di aver prima portato in quella regione per circa un anno, un piastrone indurativo insorto a seguito di una iniezione antitifica.

Prof. G. PETRAGNANI. — Prende la parola per dire che anche ragioni immunologiche consigliano l'adozione, come veicoli, d'olii vegetali, o meglio anzi di olii animali.

Prof. A. BUSINCO. — Casi di osservazione personale avevano assunto un aspetto granulomatoide, per vivace proliferazione fibroblastica; la fistolizzazione fu osservata, come il prof. Baggio sa, da parecchi studiosi dell'argomento senza che i medesimi ne abbiano dato una interpretazione plausibile.

Quanto afferma il prof. Petragnani, costituisce un altro elemento per proscrivere gli olii minerali. anche se purissimi, delle preparazioni delle sostanze medicamentose e dei lipovaccini in particolare.

Contributo morfologico e patogenetico sulla stenosi mitralica congenita.

Dott. G. SCAGLIA. — Presenta ed illustra un cuore umano affetto dalla lesione che sostiene il morbo di Duroziez.

Detto cuore apparteneva ad una giovane donna di 24 anni morta in 19ª giornata di puerperio in preda a gravi fatti di scompenso cardiaco che aveva presentato il quadro dei così detti accidenti gravido-cardiaci e che si era manifestato a termine di gravidanza, decorsa precedentemente in modo abbastanza regolare.

L'O. descrive alcune formazioni a placca di aspetto tendineo a carico dell'epicardio; mette in evidenza un certo grado di dilatazione delle singole cavità accompagnata da modica ipertrofia delle pareti; la pervietà del foro di Botallo; l'esistenza di una formazione nodulare d'aspetto e di consistenza ossea tenacemente inclusa nello spessore del setto interatriale verso destra; una certa gracilità dell'apparato valvolare della tricuspide; e si ferma in particolar modo a descrivere l'ostio e l'apparato valvolare mitralico che assume una configurazione ad imbuto. Esso si presenta notevolmente ristretto quanto all'ampiezza e profondamente modificato quanto a costituzione essendo i lembi valvolari mitralici quasi totalmente costituiti da una robusta lamina carnosa.

La comunicazione fra atrio e ventricolo sinistro era mantenuta da tre fori dei quali il maggiore non permette l'introduzione della punta del dito mignolo sprovvisto di guanto; ed è delimitato dalle cuspidi valvolari aderenti lungo i loro margini. Degli altri due, l'uno è piccolissimo e l'altro alquanto maggiore a sinistra dell'apertura principale: è circondato dalla cuspide laterale in alto, e in basso dall'apice del muscolo papillare posteriore e da alcune digitazioni carnose che da esso si dipartono.

La diagnosi anatomica che si impone è di stenosi mitralica congenita, per arresto di sviluppo della valvola.

Dopo brevi accenni embriologici sulla morfogenesi del cuore in base alla rilevante anomala quantità di tessuto muscolare a carico dei pizzi valvolari l'O. conclude che se è vero che in altri campi della patologia, certe modificazioni o certe alterazioni hanno permesso delle induzioni adatte ad illuminare stadi dello sviluppo, o funzioni di organi, che per altro era difficile se non impossibile fare, questo caso appunto si presta ad appoggiare l'opinione di coloro che ritengono l'apparato atrio-ventricolare costituito in un certo periodo della vita fetale da lamine mio-endocardiche, giacchè non si potrebbe logicamente in modo diverso spiegare e interpretare la presenza del tessuto muscolare nella disposizione constatata nell'esemplare in esame all'infuori di questo meccanismo formativo.

Il cuore in esame dimostra ancora come un arresto di sviluppo possa determinare la stenosi mitralica congenita indipendentemente da qualunque processo infiammatorio e che tale arresto di sviluppo costituisce la base patogenetica di quella alterazione nota sotto il nome di morbo di Duroziez di cui il caso esaminato rappresenta uno dei più classici esemplari.

Il metodo di colorazione Petragnani nella Istologia patologica.

Prof. G. PETRAGNANI. — Presenta preparati di corpi del Negri in corni d'Ammone di animali idrofobi; fegato di cavia carbonchiosa, in cui, oltre ai bacilli visibili tra le travate cellulari e nei vasi si notano particolari inclusioni bastonciniformi e granulari nelle cellule epatiche stesse; un preparato di polmone con broncopolmonite in cui si nota in modo elettivo il reticolo di fibrina. Il polmone è colorato in ogni sua parte costitutiva; alcuni preparati di tumori. Il metodo è lo stesso per tutti questi preparati speciali, che fu comunicato in questa Società nella seduta del 20 gennaio 1928, e già pubblicato su « Ricerche di morfologia », fasc. III, vol. VII, anno 1927.

Prof. A. BUSINCO. — Quando il prof. Petragnani portò dinanzi a questa stessa assemblea il risultato dei suoi studi su un suo personale metodo di tecnica istologica applicato alla morfologia normale, l'O. fece alcune riserve, non avendo potuto prima osservare i preparati, su la proclamata superiorità del metodo in confronto di altre ordinarie tecniche coloranti, superiorità che non gli appariva sufficientemente dimostrata da una ben numerosa e ponderosa messe di microfotografie dello stesso relatore. Poichè il chiaro Collega esibì preparati e materiale, l'O. approfittò della sua cortesia e ottenne in visione parecchi fra i migliori preparati, crede, allestiti col metodo Petragnani, e un po' di mordente. Inoltre, conosciute le modalità di preparazione di questo liquido, si è personalmente occupato e ne ha incaricato anche l'Aiuto di saggiare il metodo Petragnani in confronto delle ordinarie colorazioni.

Ora, da ciò che deriva dalla sua, per ora, limitata esperienza, che continuerà però ancora a cimentare, gli è apparso che il metodo Petragnani non assicura vantaggi superiori ai metodi ordinari di tecnica di colorazione per semplicità di manualità, per rapidità di esecuzione, per chia-

rezza d'immagini e definizione di dettagli. Una riserva gli sembrerebbe dover avanzare per il sistema nervoso: dove forse con opportuni ritocchi, potrebbe trovar qualche utile applicazione. Ma questo non vuole essere un giudizio definitivo. Per quanto, poi, concerne ad alcuni preparati esibiti in questa seduta, a dimostrazione dell'utilità del metodo nella tecnica istopatologica, gli sembra di dover riconfermare il giudizio già espresso. E più particolarmente riferendosi ad un preparato che mette in evidenza la fibrina in un essudato endoalveolare polmonare, proclamato superiore al comune metodo di Weigert, sembra di dover affermare che appunto col metodo di Weigert e con la colorazione preventiva con litiocarminio, si hanno rilievi molto espressivi e molto dimostrativi, non soltanto dell'essudato fibrinoso, ma anche del tessuto, che nel preparato Petragnani non gli sembrano assicurati. Così gli sembra poter affermare anche per i preparati dei tumori: specie il Mallory-connettivo fornisce immagini più brillanti e maggiore risoluzione di particolari e di dettagli.

È dolente che la brevità del tempo non gli consenta di poter meglio documentare quanto afferma, che scaturisca da un unico sentimento di rispetto della propria convinzione e di stima per il Collega.

Prof. B. POLETTINI. — Dichiara che egli ha avuto l'opportunità di vedere e di studiare dei preparati di fegato di cavia morta di carbonchio ematico colorati col metodo Petragnani dal Petragnani stesso. Orbene, in questi preparati si rileva la presenza, entro il protoplasma delle cellule epatiche, di bacilli del carbonchio e di corpi eosinofili, di cui alcuni riconducibili a derivati batterici, altri, non ben definibili, probabilmente riconducibili a frammenti di globuli rossi. Questo ultimo reperto, per ora molto oscuro e che va accuratamente studiato, non è possibile mettere in evidenza con nessun altro metodo istologico conosciuto. Infatti in preparati praticati dal Polettini stesso su altre sezioni dello stesso fegato di cavia carbonchiosa coi vari metodi della comune tecnica istologica, non fu possibile fare le medesime constatazioni. Perciò ritiene che in molti casi il metodo Petragnani possa riuscire di reale vantaggio e costituire un progresso della tecnica.

Pof. M. BOLAFFIO. — Avendo avuto modo di osservare preparati di ovaia di coniglio colorati dal Petragnani col suo metodo ha anzitutto notato che, a differenza degli altri metodi di colorazione con esso la teca pellucida del follicolo di Graaf assume una caratteristica colorazione rosso-brillante (il connettivo col metodo Petragnani viene in bleu). Un fatto gli è poi sembrato degno di nota ed è che tale colorazione rossa della teca pellucida si manifesta solo nei follicoli di Graaf che abbiano una granulosa con più di due strati di cellule. Un tal fatto meriterebbe ulteriori indagini ed è innegabile che l'origine della teca follicoli è ancora controversa e potrebbe trovare in questo metodo ragioni di chiarimento.

Prof. L. DE LISI. — Riferisce di aver esaminato dei preparati di cervello (regione dei gangli basali), bulbo e midollo colorati col metodo Petragnani dallo stesso Petragnani. Queste sezioni (una per ognuna delle regioni indicate) appartengono ad un caso di malattia di Wilson che sta studiando. Certe particolari formazioni gliali (specie di zolle di nuclei gliali voluminosi e pallidi circondati da sostanza protoplasmatica) le quali costituiscono un reperto assai notevole nel processo istopatologico che colpisce i gangli basali di questo caso, dal metodo Petragnani sono messe in evidenza, sì da spiccare immediatamente a vari ingrandimenti, sul rimanente tessuto modificato dalla malattia. A questo riguardo il metodo Petragnani riesce utile alla rapida indagine delle parti alterate dallo speciale processo.

Prof. L. CASTALDI. — In preparati di sistema nervoso centrale umano mostratigli dal Petragnani stesso ha notato bene coloriti i corpuscoli paranucleari descritti anni or sono dal Marinesco. In preparati personali di pancreas di Sepia ha avuto distinzione tra i due epiteli descritti da Castaldi e Musio in questo organo più netta che con altri metodi. Per altri organi parenchimatosi di vertebrati non ha trovato sempre particolari vantaggi.

Prof. PETRAGNANI. — Ringrazia tutti quanti si sono interessati alla sua comunicazione. Fa notare che è sempre lo stesso metodo a mettere in evidenza elettivamente i Corpi del Negri ed altre inclusioni cellulari meritevoli di ulteriori indagini; i corpi paranucleari del Marinesco, la teca pellucida (con speciale tinta differenziale) la fibrina, i corpi bacillari, i protozoi, e che pare, al Businco, possa anche portare utile applicazione allo studio del sistema nervoso. Nel mentre ringrazia vivamente tutti i colleghi dichiara che si sente veramente lusingato dalle prove comparative iniziate dal collega Businco, perchè è questa una dimostrazione fattiva di stima. Non era informato di tale lavoro, perchè sarebbe stato lieto di potergli dare tutti i chiarimenti utili a fargli rendere dal suo metodo, quei migliori risultati che evidentemente non ha avuti in tutte le sue, certo, ancora non numerose ricerche. Il metodo, per quanto semplice e sollecito, richiede una certa pratica iniziale. Non bisogna dimenticare che si basa su una colorazione previo mordente e differenziazione, che non è possibile definire in limite di tempo utile ad ogni preparato. Necessita quindi farne pratica, animati da buona volontà di voler bene riuscire. Per quanto alla dimostrazione della fibrina, ha ripetuto il parere che gli fu espresso da altri colleghi, certo molto competenti e di cui uno fra essi Maestro a noi per età e per lustro, che videro proprio gli stessi preparati oggi presentati. Sarà forse che il collega Businco ha una particolare virtuosità nel Weigert, ma è ovvio a tutti che, quando in un preparato di polmone, con processo di broncopolmonite, si vede il reticolo di fibrina nettamente risolto e colorato con tinta elettiva in seno agli alveoli colorati brillantemente in ogni parte cellulare, e con tutti i tessuti costituenti il polmone, non si possa pretendere di più.

Il Segretario: Dott. P. ATZENI-TEDESCO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Dolori addominali d'origine neurologica.

I dolori addominali non devono essere messi in rapporto soltanto con lesioni degli organi viscerali, ma considerarli anche come fattori di lesioni nervose, del midollo spinale, delle sue meningi e delle radici spinali posteriori.

E' necessario quindi, secondo Finley (*Virginia medical Monthly*, nov. 1927) praticare un sommario esame neurologico in ogni dolore addominale di non chiara origine. Bisogna ricercare: *a*) lo stato delle pupille e la loro reazione alla luce; *b*) il riflesso rotuleo, il riflesso achilleo, il Babinski; *c*) il Romberg; *d*) l'esame dell'andatura e dei movimenti coordinati.

L'esame sistematico di tali sintomi gioverebbe a svelare molte malattie neurologiche, al loro inizio, con grande utilità per la prognosi.

Per una diagnosi differenziale giova ricordare che i tumori del midollo spinale, eccetto quelli dei segmenti anteriori, si presentano con dolori precoci, localizzati al segmento preso; talora tali dolori si irradiano all'addome, simulando affezioni degli organi viscerali.

Le crisi gastriche della *tabe dorsale* sono molto note: dolori improvvisi, terebranti, accompagnati a diarrea, a dolori folgoranti agli arti inferiori, a cintura intorno al corpo, a conati di vomito, a senso di tenesmo.

Questa sintomatologia si può confondere con i dolori della calcolosi epatica o renale; tuttavia la calcolosi può coesistere con le crisi tabetiche.

In casi sospetti bisogna ricercare i riflessi rotulei, assenti o torpidi, l'Argill-Robertson, l'atassia; eseguire la R. W. nel liquor più che nel sangue, e lasciare il paziente a digiuno per 24 ore, per evitare una nuova crisi.

Coliche addominali si hanno nel *saturnismo;* in questi casi il dolore è paraombelicale; v'è stipsi, nausea, e talora vomiti. I dolori in questi casi sono dipendenti dallo stato d'intossicazione dei nervi viscerali, oppure dalla distensione degli intestini per ileo paralitico.

La *spondilite ipertrofica*, per la compressione che esercita sulle radici spinali, produce dei dolori che si irradiano anteriormente; la lesione del tratto dorso lombare, fa riferire i dolori irradiati all'addome come dipendenti dagli organi viscerali, e facendoli talora confondere co' dolori da appendicite. Una diagnosi differenziale è fatta mercè i raggi X, i quali possono mettere in evidenza le lesioni ossee della colonna vertebrale; clinicamente la rigidità e la dolorabilità del segmento leso, e la diminuzione del dolore col riposo devono far sospettare l'alterazione vertebrale.

Una *mielite spinale* può presentare come sintomi iniziali dolori addominali, disturbi sensitivi, cutanei; allorchè si aggiungono disturbi motori e dei riflessi, la diagnosi si rende palese.

L'*erpes zoster*, per l'intossicazione delle radici spinali, prima della comparsa delle vescicole, può dar dolori a cintura; ed identici dolori possono dare tutte le affezioni del midollo spinale, a tipo infiammatorio, traumatico o degenerativo.

Vanno ricordati infine i dolori addominali dovuti alla sottrazione brusca della morfina nei morfinomani, ed infine i dolori psicogeni, i quali hanno la caratteristica di essere vaghi, indeterminati, talora si accompagnano a nausea, vomito; tali disturbi cessano facendo distrarre il paziente. Inoltre essi si accompagnano a tutti quei sintomi che caratterizzano l'isteria.

CARUSI.

La nevralgia del n. glosso faringeo.

Fonio (*Deutsch. Zeit f. Chir.*, 1928) osserva che la nevralgia del IX paio rassomiglia completamente a quella del V per i vari caratteri: dolori lancinanti che compaiono ad accessi dapprima rari e poi più frequenti fino a continuare per lungo tempo tranne brevi intervalli turbe vasomotorie, spasmi motori. I dolori compaiono sopratutto nei movimenti di deglutizione, fonazione, nel mangiare e nel bere. Spesso presentano irradiazioni verso l'occhio o verso l'orecchio a motivo delle anastomosi numerose del IX nervo con gli altri.

La cura, più che nelle iniezioni di alcool che in questo nervo non sono di risultato buono come per il V, consiste nella resezione della radice in prossimità dell'apofisi stiloide sulla vena giugulare interna, o nell'exeresi dei gangli otico- o sfeno-palatino (operazione indaginosa e poco usata) o la resezione della radice nella fossa cranica posteriore (operazione di Adson). Quest'ultima deve essere riservata ai casi ribelli alla resezione del nervo al collo data la sua gravità, ma all'autore avrebbe dato buoni risultati.

V. GHIRON.

CASISTICA.

La linfogranulomatosi gastro-intestinale.

I moderni mezzi d'indagine hanno permesso di riconoscere questa forma morbosa, la quale fino a qualche tempo fa era di non facile diagnosi. Tuttavia la linfogranulomatosi gastro-intestinale

facilmente si può confondere con il cancro, con la tubercolosi, con il linfosarcoma e con la pseudoleucemia.

Hayden e Affelbac (*Arch. of pathol. and Labor. Medic.*, vol 4, n. 5, 1927) han potuto raccogliere 26 casi di linfogranulomatosi gastro-intestinale riferiti in letteratura, a cui hanno aggiunto tre casi personali. Due di questi casi presentarono una netta sintomatologia gastrica, tale da simulare uno un cancro gastrico; il secondo ebbe segni di compressione della parte inferiore dell'esofago, per ingrossamento dei gangli mediastinici.

A questi sintomi in seguito si aggiunse perforazione gastrica, con formazione di ascesso subfrenico.

Tali lesioni guarirono perfettamente; ma essendosi perforata un'ulcera gastrica, il paziente morì per ematemesi.

All'autopsia furono trovati nei gangli della parete gastrica alterazioni a tipo linfogranulomatoso.

Il terzo caso dapprima presentò una infiltrazione sottocutanea della guancia D, tale da ricordare la malattia di Mikulicz, curata con la radioterapia.

Dopo poco comparve una linfogranulomatosi diffusa a tutto l'addome.

All'autopsia le lesioni fecero sospettare una pseudoleucemia; l'esame istologico mise in evidenza le alterazioni tipiche del morbo di Hodgkin. Anatomo-patologicamente le infiltrazioni del tubo gastro-enterico presentano un tessuto grigiastro, translucido, d'aspetto adenoideo. Esse sono di due specie: a piccole ma numerose infiltrazioni, con ulcerazioni dello stomaco e dell'intestino; infiltrazioni che ispessiscono la parete più o meno diffusamente. Il lume del canale digerente non viene ostruito da queste formazioni; raramente il fegato e la milza sono ingranditi. I gangli addominali sono spesso colpiti; quelli superficiali invece di norma non sono presi dal processo patologico.

I sintomi di tale alterazione non hanno nulla di caratteristico: si ha talora diarrea profusa, con dolori addominali, con anemia secondaria, e rapida cachessia.

La diagnosi in vita è molto difficile, anche perchè spesso manca la splenomegalia e l'adenopatia superficiale. CARUSI.

Leucemia consecutiva a cure di dimagramento.

H. Curschmann (*VI Tagung der N. W. deurschen Gesells. f. inn. Medizin*) nel fare rilevare che l'eziologia della leucemia non è ancora stata chiarita, riporta quattro casi in cui essa è seguita ad intense cure di dimagrimento.

Nel primo si trattava di una donna di 40 anni con adiposità endogena curata a lungo con tiroidina e lipolisina e con la dieta rigorosa (di Karell); perdita di peso di 20 libbre, malessere e sintomi non dubbi generali e gastrici di leucemia. Leucociti 16.000, col 48 % di mieloblasti, scarsi mielociti e gravi alterazioni delle emazie. In seguito, febbre, menorragia, morte.

Il secondo caso riguarda una donna di 55 anni di cui l'adiposità era cresciuta dopo la castrazione ai raggi X per mioma. Dieta rigorosa, cura di sete ed opoterapia. Diminuzione di peso di 30 libbre, sviluppo di leucemia cronica, trattata con arsenico e raggi X, a decorso lungo e benigno, ma talora con crisi di leucocitosi fino a 56.000 leucociti con l'85 % di linfociti.

Un terzo individuo, un uomo di 37 anni, con una dieta rigorosissima e l'opoterapia, perdette 35 libbre di peso. Si ebbe però in seguito: debolezza, sudori, febbre, gigantesco tumore di milza, 232.000 leucociti (di cui 74-78 % di mielociti), con alterazioni delle emazie. Morte dopo 2 anni di malattia.

Un ultimo caso riguarda un uomo di 40 anni che seguì un'esagerata cura di dimagrimento, senza opoterapia. Si stabilì una mielosi cronica leucemica e si ebbe la morte dopo 3 anni.

È indubitato che le cure di dimagrimento e la tiroidina abbassano la resistenza dell'organismo; ma si deve anche ammettere che la tiroidina eserciti un'azione sui meccanismi di formazione e di maturazione degli elementi sanguigni. È però necessaria una speciale costituzione perchè si abbiano tali effetti. Probabilmente le conseguenze dannose sono dovute a turbamenti nel ricambio del ferro ed a cure dietetiche mal dirette. Col trattamento tiroidinico, la quantità di alimenti non deve discendere al disotto dei 4/5 del fabbisogno.

fil.

L'agranulocitosi.

L'agranulocitosi è una sepsi, di solito determinata dallo streptococco. In alcuni casi questo germe determina una gravissima intossicazione del midollo osseo così da paralizzarne l'attività leucopoietica.

C. Zikowsky (*Wiener klin. Wochenschr.*, n. 44, 1927) riferisce due casi di agranulocitosi; dal secondo caso si isolarono per mezzo di emocoltura degli streptococchi particolarmente virulenti come lo dimostrarono ricerche su animali. È probabile che perchè la sepsi streptococcica determini l'agranulocitosi sia necessaria una predisposizione costituzionale.

POLL.

TERAPIA.

Uso ed abuso dell'enteroclisma.

L. J. Hirschman (*Journ. amer. Med. assoc.*, 24 sett. 1927) rileva che si deve riconoscere che l'enteroclisma ha varie applicazioni che lo rendono molto utile: la somministrazione di medicamenti, l'alimentazione rettale, l'evacuazione intestinale, l'applicazione di antisettici ed astringenti nelle infezioni batteriche della mucosa intestinale. Può anche essere usato per abbassare od innalzare la temperatura del corpo e con l'introduzione di sostanze opache, è di grande utilità per la radioscopia dell'ultimo tratto dell'intestino.

Si esagera però talvolta nella sua applicazione. Anzitutto, l'introduzione di grandi quantità di acqua, come si pratica da qualche anno, provoca distensione dell'intestino, cagiona iperemia ed asporta il muco, che è il lubrificante normale dell'intestino. L'uso frequente delle irrigazioni rettali irrita la mucosa e toglie all'intestino i materiali solidi, che sono necessarî per mantenere il tono. Sotto tale punto di vista, la costipazione non può mai essere guarita con il solo enteroclisma, mentre nei casi in cui l'esame ai raggi X dimostri la presenza di aderenze, esso non dovrà mai essere usato.

Anche l'uso del sapone deve essere evitato, poichè esso irrita la mucosa, la quale prende un aspetto rossastro, che può essere scambiato per proctite. È meglio invece usare una soluzione di bicarbonato di sodio all'1 %.

Assai importante è il tipo di cannula che si usa per l'introduzione, che non deve mai essere in gomma indurita, nè in vetro, poichè può dare delle lesioni. È meglio usare invece un catetere molle (n. 20-24 della scala francese) che si connette con il consueto tubo.

È bene che il lubrificante sia solubile in acqua, usando a tale scopo la gomma adragante od il lichene islandico. Non si userà mai invece la glicerina, se vi è ragione di sospettare che la superficie sia rugosa. L'olio di oliva rende difficili le susseguenti pulizie.

La migliore posizione è quella laterale, in cui si possono vedere meglio le parti, mentre il peso degli intestini non gravita sul retto e non impedisce l'entrata del liquido.

Quando le feci sono costipate, si userà l'acqua ossigenata (una parte su due di acqua calda); per espellere delle ventosità è utile una soluzione di allume al 6 %, che è più efficace che la trementina.

Per quanto riguarda poi i clisteri nutritivi, l'A. osserva che è inutile mettervi dell'amido o del latte, essendo sufficiente il glucosio.

fil.

Contro la costipazione spastica.

L'atropina è molto utile nell'eretismo dell'intestino crasso, inibendo le fibre motrici del vago e modificando quindi la facoltà di assorbimento. Si usano le pillole di Trousseau, con polv. ed estratto di belladonna, ana cg. 1; si somministrano progressivamente fino a cinque al giorno. Vi si possono associare 50-60 gocce di tintura al giorno per calmare i dolori. Di notevole giovamento sarebbe anche l'unione di sciroppo di belladonna con olio di ricino e sciroppo di mandorle amare, a parti uguali, se ne fanno prendere 2-3 cucchiaini al mattino.

L. Perin, sulle indicazioni di Moutier (*Journal de méd. de Paris*, 24 novembre 1927) consiglia l'associazione dell'atropina con l'eserina nella costipazione con spasmo, associata all'aerofagia ed alla tachicardia, o nei colitici con spasmo rettale. Si prescrive: Solfato d'atropina mg. 4; Solfato di eserina mg. 6; Glicerina cmc. 3,5; Acqua distillata cmc. 1,5; Alcool q. b. per cmc. 10. L'A. non dà la quantità da prendersi.

fil.

Il trattamento medico del cancro dello stomaco.

Va riservato soltanto ai casi inoperabili ed è diretto soprattutto all'insufficienza secretoria. È indicato l'acido cloridrico: si fa preparare in bicchiere di acqua albuminosa, sbattendo un bianco d'uovo in un gran bicchiere di acqua. Vi si versano 3-5 cucchiaini di una miscela di acido cloridrico officinale (g. 30) in acqua (q. b. per 300 cmc.), che contiene g. 0,50 di HCl per cucchiaino. Se ne prende metà a mezzogiorno e metà la sera, a piccoli sorsi, durante i pasti. Si può anche ricorrere alla limonea cloridrica: Acido cloridrico officinale g. 6-8; Sciroppo di limone g. 200; Acqua g. 800. Se ne fa prendere un bicchiere ai pasti.

Si prescrivono contemporaneamente delle cartine di 50 cg. di pepsina, da prendersene 1-2 all'inizio dei pasti, secondo il consiglio di Paroy (*Progrès médical*, nov. 1927). Invece dell'acido cloridrico, si può dare quello lattico (g. 10-20) in 200 di sciroppo di limone ed acqua (q. b. per fare un litro).

In caso di spasmo del cardias o del piloro, si darà la belladonna: Estr. di belladonna, Polv. di belladonna, ana cg. 1; per una pillola; tre al giorno all'inizio dei pasti.

Se vi è stenosi pilorica o stasi abbondante, è utile fare ogni giorno 1-2 lavature di stomaco con acqua contenente 4 grammi di salicilato di sodio per litro, fino a che l'acqua esca limpida; in seguito, si introduce nello stomaco 1/2 litro di latte od 1/4 di litro di kefir.

Il regime sarà soprattutto latteo: 1 litro e 1/2 a 2 litri al giorno, meglio se vi si associa il kefir, o vi si scioglie il citrato di sodio (4 grammi per litro). Si daranno anche purée di feculenti, paste, riso al latte, pochissima carne ed uova e delle creme alle uova od al latte.

fil.

Il trattamento medico delle stenosi piloriche d'origine ulcerosa.

Anche in presenza di una stenosi, che si riveli con contrazioni peristaltiche visibili dello stomaco, con presenza di liquido da stasi e constatazione radioscopica di un lungo ritardo nel vuotamento, questa non deve ritenersi sempre come definitiva, si può e si deve anzi istituire il trattamento medico che darà quasi spesso risultati eccellenti e rapidi.

Il trattamento può riassumersi in questi termini: riposo in letto, regime latteo assoluto, bismuto ad alta dose (sotto forma di carbonato: 10 gr. il mattino a digiuno, 5 gr. prima di coricarsi) e belladonna (XV goccie di tintura 2-3 volte al giorno).

Formulario.

Nell'enterocolite.

Citrato di sodio	gr.	*uno*
Fosfato di sodio	ctg.	*cinquanta*
Solfato di sodio	»	*venticinque*

P. 1 carta e tali n. 12 2 al giorno.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. G. C. da M. U.:

E. FRANCO. *Manuale atlante di tecnica delle autopsie.* Principato, ed., Messina; ed anche B. DE VECCHI: *Manuale tecnico di diagnostica delle autopsie.* F. Vallardi, Milano; C. M. BELLI. *Guida alle analisi cliniche di chimica, microscopia, batteriologia e sierologia.* Soc. Istituto editoriale scientifico, Milano.

fil.

Al dott. A. Serafini, Cosenza:

I: Le terapie aspecifiche non hanno, almeno allo stato attuale delle cose, valore preventivo contro l'infezione puerperale. Potrebbero essere usati i vaccini antistreptococcici, ma anche il valore di questo metodo profilattico specifico è dubbio.

II: La cura insulinica non è cura radicale del diabete. Ma i vantaggi di essa non possono sfuggire se si considerino gli effetti immediati che si possono ottenere, lo stato di compenso in cui, dopo la cura, posson restare i pazienti, i magnifici effetti delle cure oculatamente ripetute. Un manualetto per il pratico utile è quello del Rietti (ed. Capelli).

T. PONTANO.

VARIA.

Un panegirico del limone.

In una conferenza tenuta al Rotary Club e sunteggiata da « L'Avven. Sanit. »., di Milano, il prof. Liborio Giuffrè, ben noto direttore della R. Clinica Medica di Palermo, ha tessuto l'elogio del limone, mettendone in evidenza le molteplici benefiche proprietà nei riguardi dei malati e dei sani.

Il limone infatti — egli disse — facilita la digestione e l'assimilazione degli alimenti ingeriti; è un dissetante ed un disinfettante quando sia aggiunto ad acqua da bersi, di cui si sospetti un certo inquinamento.

L'egregio professore ha aggiunto che il limone serve pure a pulire i denti (con cautela però, aggiungiamo noi: lo smalto è intaccato dagli acidi anche deboli), a pulire e disinfettare le mani e il viso; perciò il suo succo fa parte di alcuni saponi da toletta.

Anche la buccia del limone, non soltanto il succo, contiene essenze ed altre sostanze aromatiche, donde l'antico uso di aggiungere le fettoline di corteccia di limone nel preparare il thè, i punchs, alcune tisane.

Entrando in una parte diremo così, più terapeutica accennò ai collutori e ai gargarismi con succo di limone che sono molto efficaci nel curare e prevenire le stomatiti, le gengiviti, le angine, l'infezione influenzale, la meningite cerebro-spinale epidemica, per la quale una delle porte di entrata è la mucosa faringea. Il succo, variamente diluito, è usato come detersivo della mucosa nasale ed anche di quella congiuntivale. Il suo gradevole gusto permette che aggiungendosi all'acqua potabile, questa sia bevuta in grande quantità e svolga la sua azione diuretica e di generale lavacro intraorganico.

Nello scorbuto, in questa classica avitaminosi, l'uso del limone è rimedio sovrano. Qualunque sia la ragione intima dell'azione benefica, si va assodando lo spiccato valore terapeutico del limone negli stati detti uricemici, come nella gotta, nelle forme diverse di calcolosi; negli stati emofiliaci; nella calcolosi epatica, nelle nefriti.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XVIII. — Il giudizio delle Commissioni per i concorsi ad impieghi pubblici.

Le Commissioni esaminatrici dei concorsi possono deferire ai singoli componenti l'esame preliminare dei titoli dei vari concorrenti, purchè però ciascuno ne riferisca alla Commissione, in modo che il Collegio abbia sicuro e facile modo di rendersi conto del valore dei concorrenti e il giudizio che ne risulta sia prettamente e consapevolmente *collegiale*.

Il limitato numero dei concorrenti e altre circostanze possono non rendere necessaria la previa determinazione dei criteri di valutazione dei titoli.

Le Commissioni giudicatrici devono tener conto anche dei servizi prestati in occasione della guerra, valutandoli, quando ne sia il caso, agli effetti della graduatoria, non come benemerenze militari, ma come esplicazione di attività professionale, se ed in quanto si tratti di attività valutabile da tale punto di vista.

Queste risoluzioni si desumono dalla decisione della V Sezione del Consiglio di Stato 16 marzo 1928 n. 145. Per intenderle con esattezza, entro giusti limiti, è necessaria qualche osservazione.

Il giudizio è collegiale. Ciò importa che ciascuno dei Commissari deve partecipare, *cognita causa*, alla valutazione e alla formazione del giudizio. Sono stati annullati atti della Commissione soltanto perchè non risultava che ad alcune sedute avessero partecipato tutti i Commissari. Si comprende che in certi casi, quando si tratti di molti concorrenti e si debbano esaminare numerosi titoli, possa essere necessaria una certa divisione del lavoro. Occorre, però, che si proceda in modo da assicurare un giudizio consapevole di tutti i Commissari, in rapporto a tutti i titoli: non soltanto i singoli Commissari, incaricati dell'esame dei vari titoli, devono fare una relazione completa del contenuto dei titoli stessi, ma deve risultare esplicitamente dal verbale che è stato fatto un esame collegiale, sia pure sulla base della relazione.

Qualche riserva richiede la seconda massima, relativa alla determinazione dei criteri di valutazione dei titoli. Ammettere eccezione a questa esigenza logica di ogni giudizio, è pericoloso. Sembra anzi da respingere la tesi che, sia pure in casi eccezionali, considera non necessaria la determinazione di criteri di valutazione. Se mai, si può ammettere che, in casi eccezionalissimi, non sia necessario che i criteri stabiliti dalla Commissione risultino *esplicitamente* dal verbale, se ed in quanto si *possa desumerli* dal verbale stesso. Ma, come in un sillogisma non si può prescindere dalla premessa maggiore, così per il giudizio della Commissione, che si risolve in un sillogisma, non si può omettere la determinazione dei criteri di valutazione, la quale, in un certo senso, corrisponde alla premessa maggiore. Dal punto di vista sostanziale e pratico, poi, non può dare affidamento un giudizio che sia stato formato senza una base di orientamento. La giurisprudenza ha riconosciuto questa necessità formale e sostanziale. La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 2 aprile 1927 n. 172, riconobbe e dichiarò che « i verbali della Commissione giudicatrice di un concorso dai quali non sia dato assumere gli elementi obbiettivi della qualifica dei vari candidati, tra cui il rapporto tra i criteri di massima, i titoli presentati e la votazione attribuita, non danno alcuna garanzia dei legittimi interessi dei concorrenti e vanno perciò annullati ».

Questo criterio è esattissimo. Bisogna considerare, anzitutto, il verbale dal punto di vista formale. Generalmente è necessario che i criteri non soltanto siano stabiliti ma risultino esplicitamente dal verbale, in modo che possano essere controllati.

Il criterio direttivo deve essere stabilito sempre, senza possibilità di eccezioni: non si può ammettere un giudizio in libertà, senza una base di orientamento uniforme. In casi eccezionali si può ritenere non necessario che il verbale ne faccia cenno *esplicito;* se, per es. due siano i concorrenti e siano stati presentati titoli professionali soltanto, non si può ritenere necessario che la Commissione premetta nel verbale i criteri ai quali si uniformerà. In tal caso, è facile desumere dal contenuto del verbale i criteri dai quali la Commissione è stata guidata.

Decisioni recenti, fra le quali è da comprendere quella 16 marzo 1928 sopra indicata, tendono ad aprire una breccia troppo marcata: sembra che si voglia considerare, in qualche caso, non necessaria la determinazione dei criteri di valutazione. Questa tendenza non può essere incoraggiata sia perchè, come si è detto, la determinazione dei criteri è sempre neces-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

saria, ed è una garanzia, sia perchè, ammettendo che in certi casi si possa prescinderne, si rende possibile l'arbitrio e si crea una situazione incerta. Quando potrà la Commissione non stabilire criteri di massima? Quali sono i limiti di questa eccezione? Non potendosi dare una risposta con criteri fissi ne deriva una situazione di incertezza per le Commissioni e per le parti, con lo effetto di controversie. Anche da questo punto di vista, è preferibile mantenere fermo il principio già stabilito dalla giurisprudenza e confermato dalla V Sezione con la decisione 2 aprile 1927 n. 172.

L'egregio Consigliere estensore di questa decisione ne ha recentemente redatta un'altra, della stessa V Sezione (16 marzo 1928 n. 147), nella quale è detto che i criteri di valutazione devono essere stabiliti all'inizio delle operazioni della Commissione non dopo che si conoscano i risultati delle prove sostenute dai candidati. In quel caso, è stato annullato il giudizio perchè il Consiglio di Stato ha ritenuto che la Commissione, trattandosi di un concorso per titoli ed esami, aveva dato eccessiva importanza alle prove di esame in confronto dei titoli. Ecco una riprova della necessità della determinazione dei criteri. Pongasi che siano due soli i concorrenti, come è detto nella decisione 16 marzo 1928 n. 145 e ciascuno o uno di essi abbia presentato titoli di studio (pubblicazioni, ecc.) e titoli professionali, di carriera ecc. Pur essendo limitatissimo il numero dei concorrenti, è ovvio che anche in tal caso deve risultare dal verbale il criterio di massima al quale la Commissione si è uniformata, nell'attribuzione del voto complessivo, tenendo conto del valore di ciascun gruppo di titoli.

Possiamo aggiungere un altro esempio di oscitanza. Con decisione 23 marzo 1928 n. 154 la V Sezione ha ritenuto che « la mancanza di specificazione dei criteri di valutazione dei titoli costituisca un vizio, la cui gravità va giudicata in rapporto alla possibilità o meno di esercitare il controllo di legittimità in relazione alla quantità e varietà dei titoli stessi, al numero dei concorrenti, ecc. ». Abbiamo già spiegato perchè questo criterio è inaccettabile e pericoloso: oltre tutto, è così indeterminato che sarà sempre incerto se un giudizio sia o non valido. Nel caso della decisione n. 154 è detto che non era necessaria la specificazione dei criteri di valutazione perchè « tre soli erano i concorrenti, dei quali uno non presentò alcun titolo particolare e gli altri due ne produssero pochissimi e questi risultavano indicati sommariamente ma con relativa sufficiente completezza in guisa da assicurare che nessuno di quelli importanti sfuggì alla considerazione della Commissione esaminatrice ». Anzitutto qui è da rilevare che la determinazione dei criteri non deve essere confusa con la valutazione dei titoli, come la premessa minore presuppone ma non sostituisce la premessa maggiore. Il caso concreto, poi, dimostra ancor più la serietà delle nostre ragioni contro la tendenza ad ammettere eccezioni al rigore dei principî concernenti le condizioni di validità dei giudizi della Commissione.

XIX. — Casi dubbi di competenza.

Si è presentato questo caso: un impiegato fu dispensato dal servizio; il Comune, con lo stesso atto, provvide al trattamento di pensione. L'impiegato accettò la dispensa ma dedusse una lesione del suo diritto al trattamento di pensione, *in forza del capitolato.* Chi doveva giudicare della controversia? Poichè non era in contestazione il provvedimento che risolveva il rapporto d'impiego e l'impiegato agiva per un diritto nascente dal capitolato, poteva egli esercitare azione innanzi all'autorità giudiziaria ordinaria? Identica è la risoluzione se, invece di pensione, si tratti di indennità o di qualsiasi altro diritto che dal capitolato sia attribuito all'impiegato, nel caso di cessazione del rapporto d'impiego. La Corte di Cassazione, S. U., con sentenza 14 dicembre 1927 n. 3883 ha ritenuto che, pur essendo fuori di controversia il provvedimento di dispensa dal servizio e pur essendo fondata la domanda di pensione (o di indennità) sul capitolato e si tenda a far valere un preteso diritto, la competenza appartiene alla G. P. A. in sede giurisdizionale e non all'autorità giudiziaria ordinaria, perchè anche in tal caso si tratta di giudicare di un provvedimento amministrativo, sia pure lesivo di un diritto soggettivo dell'impiegato. È necessario tener presente questa risoluzione. La tendenza attuale della giurisprudenza è questa: tutte le volte che c'è un provvedimento amministrativo, cioè una manifestazione di volontà di un organo amministrativo che si ritenga lesiva di un interesse o di un diritto nascente dal rapporto d'impiego, si deve giudicare della legittimità del provvedimento stesso e, quindi, è competente la G. P. A. o il Consiglio di Stato e non l'autorità giudiziaria. Non è il caso di discutere ora, dal punto di vista astratto e giuridico, questa tendenza: qui vogliamo segnalare criteri e norme di condotta per fini pratici.

È inoltre da avvertire che, nei casi obbiettivamente incerti, è sempre preferibile determinarsi per il rimedio in sede di giurisdizione amministrativa, essendo stabiliti, per questo, termini perentori (30 giorni per il ricorso alla G. P. A.; 60 per quelli al Consiglio di Stato).

NELLA VITÀ PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia.

Si è riunito il Direttorio del Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia. Esso ha prima di tutto portato il suo esame sull'elenco dei soci morosi per il 1927, decidendo di domandare alle superiori gerarchie l'autorizzazione per procedere alla loro radiazione.

Di poi il Segretario prof. Fioretti, comunicando di aver avuto la nomina a Presidente della Commissione Sanitaria Federale riferisce dettagliatamente sui compiti che alla detta Commissione sono stati demandati specialmente nei riguardi delle Colonie Estive, campi solari, ecc. Come capo poi dell'Ufficio Centrale Medico del Patronato Nazionale Infortuni dichiara che, d'ora innanzi, i Medici del Patronato dovranno tutti essere iscritti al Sindacato.

Sono stati quindi discussi i provvedimenti presi dal Sindacato per attenuare il sistema reclamistico di cui alcuni sanitari si valgono a mezzo della stampa quotidiana, deplorando specialmente quello che consiste nel farsi pubblicamente ringraziare dai propri clienti.

Quindi si è discusso ampiamente sui centri sanitari in Provincia, stabilendosi le direttive da seguire in tale importante materia. Infine si è proceduto alla ammissione di diversi nuovi soci.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Amministrazione Provinciale.* — Due posti nel Lab. Prov. d'Igiene e Profil.; scad. 30 giu. V. fasc 22.

BERNAREGGIO (*Milano*). — Scad. 20 giu.; consor.; L. 9000 e 5 quadr. dec., addizion. L. 3 oltre 1000 pov., età lim. 35 a.; tassa L. 50.

BOLOGNA. — Scad. 30 giu.; titoli ed eventualm. esame; 3 condotte; L. 8800 e L. 9000, 5 quadrienni dec., addizion. L. 3 oltre i 1000-1300 pov., L. 500-3000 trasp., L. 1000 ambulat.; età limite 45 a.; tassa L. 50.15.

CANNETO PAVESE (*Pavia*). — Scad. 30 giu.; lire 12.340 e 5 quadr. dec., età lim. 40 a.; tassa L. 50.10.

CASTELFIDARDO (*Ancona*). — A tutto 24 giu.; v. fasc. 23.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — Prima condotta; capoluogo; L. 9500 oltre L. 1520 se coniug., L. 680 se celibe, L. 3500 trasp., L. 500 uff. san., sei quadrienni dec.; riconosc. due quadrienni serv. ant. Scad. 25 giu.

CATANIA. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari per Acicastello, San Cono, a L. 5000 ciasc.; Belpasso, Misterbianco, Ramana, a L. 7000 ciasc.; Paternò, a L. 10.000;4 quinq. dec.; scad. 15 lug.; titoli ed esami.

CIRIÈ (*Torino*). — Scad. 30 giu., 2 condotte; L. 8000 e 5 quadrienni dec., c.-v., età lim. 45 a.; tassa L. 25.05.

ELSANE (*Istria*). — Scad. 15 lug.; L. 8500 e 4 quadrienni dec.; riconoscim. servizi precedenti; L. 2000 obbligo mezzo trasp.; c.-v.; L. 1000 aumentabili se uff. san.; tassa L. 50.15.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Aiuto medico; L. 7050 e c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. poster. al 25 mag. (*sic*). Chiedere annunzio. Scad. ore 17 del 25 giu.

GILDONE (*Avellino*). — Scad. 30 giu.; L. 5500 (*sic*) comprese funzioni uff. san.; età lim. 40 a.

GORIZIA. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. Med. Micrograf. del Labor. Prov. d'Igiene e Profil.; L. 13.000, oltre L. 4200 serv. att., c.-v., età lim. 45 a. Assistente per detto; L. 10.000 e L. 2000, c.-v., età lim. 35 a. Per i due posti 6 quadrienni dec.; tassa L. 50,10. Scad. 3 lug.

GUGLIONESI (*Campobasso*). — Scad. 25 giu.; L. 7000; quinquenni dec.; età lim. 39 a.

LA SPEZIA. *Amministraz. Provinc.* — Due posti nel Laborat. Provinc. d'Igiene e Profilassi; scad. 15 lug. V. fasc. 22.

LECCE. *Amministr. Provinc.* — Coadiutore medico del Labor. Prov. d'Igiene e Profilassi; L. 9000 e 3 quadrienni di L. 700, serv. att. L. 1700, c.-v. Scad. 30 giu.

MATERA. *Ospedale Civile Vitt. Em. III.* — Due posti; scad. 30 giu. V. fasc. 22.

MODENA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e capo dell'Ufficio d'igiene del Comune di Carpi; al 31 lug. ore 18; titoli ed esami; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 25 mag.; tassa L. 50.20.

MOTTALCIATA (*Vercelli*). — Scad. 30 giu.; cons. 4 Comuni; ab. 2500; stip. L. 8000 oltre L. 500 uff. san.; L. 3500 cav., L. 150 ambulat.

PADOVA. *Ospedale d'Isolamento.* — Medico residente; scad. 30 giu.; v. fasc. 23.

PALERMO. *Consorzio Antitubercolare della Provincia.* — Direttore sanitario; v. fasc. 23; scad. ore 18 del 10 lug.

PAMPARATO (*Cuneo*). — A tutto 15 lug.; v. fascicolo 23.

PARODI LIGURE (*Alessandria*). — Scad. 15 lug.; 1ª cond.; L. 7000 e 4 quinq.; trasp.; uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.80.

PRATO IN TOSCANA (*Firenze*). *Spedale della Misericordia e Dolce.* — Chirurgo primario; lire 12.000 e c.-v.; 70 % tasse d'ammissione e 50 % tasse d'operaz. Scad. ore 18 del 10 lug. Laurea da alm. 5 anni; lib. doc. in patol. o in clin. chir.; età lim. 45 a.; tassa L. 50; chied. annunzio

REGGIO CALABRIA. *Amministrazione Provinciale.* — Concorsi nel Laborat. Provinc. d'Igiene e Profilassi; vedi fasc. 21; scad. 22 giu.

Direttore Sanitario del Brefotrofio; L. 5000 (*sic*) e quadrienni decimo fino a L. 7000, c.-v. Scad. 30 giu.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Sono prorogati al 30 giugno i concorsi per esami a 34 posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe, per esami e titoli e a 4 posti di assistente medico nel Laboratorio di Micrografia e Batteriol. della Sanità Pubbl. ecc.

ROMANO DI LOMBARDIA (*Bergamo*). *Ospedale Civile SS. Trinità.* — Medico chirurgo direttore; proroga 30 giu.

RONCIGLIONE (*Viterbo*). — Al 10 lug. ore 19, condotta chirurgica ed ostetrica; età lim. 45 a.; certif. condotta politica; tassa L. 50.10; doc. a 3 mesi dal 1° giu.; stip. L. 10.500 e 5 quadr. dec., c.-v.

ROVIGO. — 3ª cond. rurale; al 7 lug., ore 18; L. 8000 per 1000 pov., addizion. L. 5 fino a lire 1000; c.-v.; L. 1000-1500-3000 trasp.; età lim. 45 a.; punti materie d'esame; tassa L. 50.15.

SALSOMAGGIORE (*Parma*). — 3ª condotta; proroga al 31 lug., ore 18.

SELVA DI PROGNO (*Verona*). — Scad. 20 giu.; L. 9000 oltre L. 1200 c.-v., 4 quinq. dec., L. 3000 cav., L. 600 uff. san., c.-v.

SAVONA. *Amministr. Provinc.* — Direttore Sez. Medico-Micrograf. Laborat. Provinc. d'Igiene e Profil.; L. 15.000 oltre L. 2800 serv. att.; età lim. 45 a.; tassa L. 50. Scad. ore 18 del 15 sett. — Aiutante preparatore; L. 7000 e L. 1000; età lim. 35 a.; tassa L. 25.05. Per i due posti 5 trienni dec., c.-v.

SEMINARA (*Reggio Cal.*). — Scad. 40 giorni dal 18 mag.; L. 6000 (*sic*) e 4 quadrienni dec., oltre L. 2500 cav. Doc. a 3 mesi. Età lim. 45 a. Tassa L. 50. Le condotte sono due.

SERRASTRETTA (*Catanzaro*). — 1° Reparto; L. 7500 e 5 quadr. dec.; scad. ore 16 del 6 lug.; età lim. 45 a.; tassa L. 50; serv. entro 15 gg.

TRAPANI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Castelvetrano; scad. 30 giu. V. fasc. 22.

TRECENTA (*Rovigo*). — Scad. 30 giu.; 1° reparto; età lim. 45 a.; L. 8000 e 5 quadr. dec., c.-v.; L. 800 serv. att., L. 600 se uff. san.; tassa lire 50.10.

TRENTO. — Scad. 14 lug.; condotta per Meano; L. 8500 oltre L. 850 uff. san., L. 2200 alloggio, c.-v.

TREVISO. *Deputazione Provinciale.* — Proroga al 15 lug. V. fasc. 22.

TRIESTE. *Amministrazione della Provincia.* — Direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale « A. di S. Galetti » e dell'Ospedale dei Cronici di Trieste; scad. 25 giu.; v. fasc. 23.

TRIPOLI. — Direttore Dispensario Antitubercolare; scad. 15 lug.; v. fasc. 23.

VENEZIA. — Al 25 giu., medico igienista per la vigilanza del suolo e dell'abitato; medico scolastico. Al 10 lug. assistente del Laborat. micrograf.; medico per la profilassi. Rivolgersi alla Segreteria dell'Ufficio d'Igiene.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Aiuto nella Divisione Chirurgica 1ª ortopedia e infanzia; scad. 14 lug. Chied. annunzio.

VERONA. — Scad. 30 giu., ore 16; 3 condotte; v. fasc. 23.

VIARIGI (*Alessandria*). — Scad. 30 giu.; L. 7000 (*sic*), oltre L. 500 (*sic*) trasp., eventualm. L. 500 uff. san.

VICENZA. — Scad. 25 giu.; medico condotto supplente; L. 9000 e 6 quadr. dec.; serv. att., c.-v.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.10.

VILLA DEL NEVOSO (*Carnaro*). — Scad. 30 giu., consor.; L. 8500, c.-v., L. 2000 trasp., per uff. san. da L. 1000 in sopra; età lim. 35 a.

POSTI DI PERFEZIONAMENTO.

Concorso al posto di perfezionamento « Antonio Ceci » presso la Clinica chirurgica della R. Università di Pisa.

Il vincitore del concorso dovrà frequentare detta Clinica per 2 intieri anni a partire dal 1° novembre 1928 allo scopo di perfezionarsi negli studi di clinica chirurgica ed avrà i medesimi obblighi di un assistente effettivo.

Egli godrà un assegno annuo di L. 2000.

Possono concorrere al posto i cittadini italiani laureati in medicina e chirurgia in una delle Università del Regno, i quali non abbiano più di cinque anni di laurea al 1° maggio 1928.

I concorrenti dovranno presentare entro il 30 settembre 1928, domanda in carta bollata da L. 2, al Rettore dell'Università, corredata dai documenti di rito.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

L'Accademia di Medicina di Parigi ha nominato membro della Sezione di Anatomia il prof. Jolly, d'istofisiologia al Collège de France, in sostituzione del defunto prof. Prénant.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Capocaccia Mario, in patologia generale; Carravetta Mario, Romani Antonio, Violato Andrea, in patologia chirurgica; Castorina Giuseppe, Trambusti Arnaldo, in clinica pediatrica; De Gironcoli Francesco, Melanotte Maurizio, Negro Mario, in clinica urologica; Dessy Giorgio, in batteriologia e immunologia; Favaloro Giuseppe, in clinica oculistica; Ferracciu Domenico, Lorenzetti Filiberto, Revoltella Giovanni, in clinica ostetrico-ginecologica; Melli Guido, Scala Guglielmo, Spanio Angelo, in patologia medica; Occhipinti Giuseppe, Rindone Alfredo, in anatomia umana; Puccinelli Vittorio, in clinica chirurgica; Scomazzoni Tullio, in clinica dermosifilopatica; Testa Ulisse, in clinica neurologica.

Il prof. Angelo Chiavaro, stabile di odontoiatria e protesi dentaria a Roma, è stato trasferito a Genova. Il prof. Amedeo Perna, stabile della stessa materia a Bari, è stato trasferito a Roma.

La Fondazione Rockefeller ha assegnato due borse di studio della durata di 12 mesi per la Scuola Harvard d'Igiene Pubblica in Boston alla dott.a Gemma Barzilai di Trieste e al dott. Giuseppe Pergher di Roma.

Il dott. Ferruccio Grego, aiuto nell'Ospedale Regina Elena di Trieste, è stato nominato vice-podestà di Trieste.

Quale successore del prof. K. Franz alla cattedra di ginecologia dell'Università di Berlino è stato chiamato da Praga il prof. G. A. Wagner.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano.

Cose nuove nella profilassi e cura della difterite.

L'Associazione Sanitaria Milanese, che, seguendo le direttive del suo Presidente Prof. Boveri, va esplicando un programma di intensa attività culturale e pratica, ha riunito lunedì sera, nel salone di Via S. Paolo 10, una numerosa accolta di medici accorsi per udire una interessante conferenza del Prof. Belfanti, Direttore dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

Nell'uditorio notavansi i Proff. Pepere, preside della Facoltà Medica dell'Università, Pampana, medico-capo provinciale col primo medico provinciale aggiunto dott. Sarri, Zironi, Carpi, Scarpellini, medico-capo del Comune, Polverini, direttore dell'Ospedale Contagiosi di Dergano, Piccinini, Viganò, Neppi, Spallicci, Tron, Villa, Ermolli e molti altri.

Il Prof. BELFANTI fece una esposizione rapida e concisa su quanto di nuovo, nel campo scientifico e pratico è stato introdotto in medicina nella profilassi e cura specifica della difterite.

L'O. dimostrò come il semplicismo primitivo, per cui si credeva di poter debellare completamente la difterite neutralizzando il veleno difterico con il rispettivo siero antidifterico, si è andato complicando per avere constatato che il siero antidifterico agisce bensì neutralizzando esattamente il veleno della difterite, ma può a sua volta far sorgere delle forme morbose nuove, dovute alle proteine eterogenee (anafilassi, malattie da siero, ecc.).

Questo stato di cose ha indotto gli studiosi ad escogitare nuovi mezzi di prevenzione mediante la vaccinazione, onde fosse il più possibile esclusa l'albumina dal siero.

L'O. accennò quindi ai vari tipi di vaccino ora adoperati e del modo con cui si può constatare se un bambino sia predisposto alla difterite e quando esso, per la vaccinazione, diventa immune.

Parlò infine degli sforzi che i preparatori fanno onde ottenere sieri ad altissima concentrazione antitossica e nello stesso tempo con uno scarso contenuto di albumina.

La brillante conferenza del Prof. Belfanti, ascoltata con la massima attenzione dal numeroso uditorio, veniva alla fine calorosamente applaudita.

Prof. BOVERI.

NOTIZIE DIVERSE.

All'Accademia dei Lincei.

Con l'abituale solennità, il 3 corr., giorno dello Statuto, si è svolta la seduta reale dell'Accademia dei Lincei.

Il prof. Filippo Bottazzi, dell'Università di Napoli, tenne un elevato discorso, trattando il tema: « I progressi della biologia ». Egli rilevò che in Italia, oggi, gli studi di biologia sono poco promossi, a differenza di quanto avviene in altri Paesi e particolarmente negli Stati Uniti d'America; ma espresse la fiducia che il Consiglio Nazionale delle Ricerche, voluto dal Capo del Governo, segnerà l'inizio di una rinascita scientifica.

Per l'Unione Medica Latina.

L'Unione medica franco-iberica-americana (UMFI) ha tenuto un'assemblea straordinaria. L'Unione, che conta oltre 4000 membri, ha approvato per acclamazione all'unanimità l'ammissione dell'Italia in seno all'Associazione. Dopo alcuni oratori ha preso la parola il dott. Guattaro il quale ha inneggiato all'Unione medica con vibrante discorso che è stato accolto alla fine da applausi calorosi e grida « Viva l'Italia » e « Viva il Duce ». L'assemblea, per dare maggiore solennità al voto da essa unanimemente approvato, ha stabilito che una propria delegazione si rechi presso il R. Ambasciatore d'Italia conte Manzoni per presentargli personalmente, onde siano trasmessi al Capo del Governo fascista, il voto unanime dell'Associazione, l'omaggio e l'ammirazione dell'Unione Medica.

Congresso internazionale di oto-rino-laringologia.

Come abbiamo annunziato, è indetto a Copenaghen dal 20 luglio al 1° agosto.

Relatori: Neumann (Vienna), Tapia (Madrid), Ferreri (Roma), Uffenorde (Marburgo), Holmgren (Stoccolma), Dan Mackenzie (Londra), Mouret (Montpellier), Portmann (Burdeos), Wittnack (Amburgo). Durante il congresso si terrà una Esposizione. Per informazioni rivolgersi al Dr. Miegeville, place Ventimille 15, Paris (IXe); tesoriere: Dr. Jorgen Moller, Lyckesholm-Alle 7, Copenhague (5°); quota: 30 corone danesi.

Diversamente da quanto era stato annunziato, la Conferenza internazionale della Luce avrà luogo, invece che il 4-7 settembre il 10-13 dello stesso mese, a Losanna e Leysin.

La tassa d'iscrizione per membro ordinario resta fissata in franchi svizzeri 20 e dà diritto alla partecipazione alle sedute, ai ricevimenti ufficiali, al volume degli atti e al viaggio gratuito da Aigle a Leysin e ritorno.

Le ferrovie svizzere non fanno riduzioni speciali per i congressisti, i quali però potranno fruire delle facilitazioni concesse in occasione della esposizione annuale delle industrie alimentari a Losanna.

Chi desidera il programma completo del Congresso lo richieda al prof. Giulio Ceresole, Ospedale Civile, Venezia.

Congresso Nazionale di Talassoterapia.

Questo convegno indetto a Rimini pel 24 e 25 giugno, è rimandato alla fine di agosto, per l'impossibilità a varî professori universitarî di parteciparvi.

Dispensario antitubercolare.

È stato inaugurato a Civitavecchia il primo Dispensario Antitubercolare della Provincia, sorto a cura del Consorzio Provinciale Antitubercolare in via Apollodoro; consta di un gabinetto di radiologia e laringologia, di un laboratorio medico-micrografico e di altri locali per il medico consultore, per la visitatrice, ecc.; vi è annesso un giardino; sarà diretto dal dott. Carlo Gamberini. Parlarono il presidente del Consorzio sen. P. Baccelli, il podestà comm. Cinciari, il vice-direttore della Sanità Pubblica comm. Basile e il dott. Benedetti.

Per un istituto di medicina preventiva.

L'Associazione Nazionale per la diffusione della cultura, su relazione del suo consulente dott. Giovanni Perilli, ha proposto la fondazione di un « Istituto di medicina preventiva » sul tipo del « Life Extension Institute » di New York, cioè a base di visite mediche periodiche, ed ha espresso l'augurio che possa presto funzionare, sotto il patrocinio dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

La proposta suddetta è stata presa in benevolo esame da questo Istituto, il cui consigliere d'amministrazione comm. Mastroianni ha fatto intravedere prossima l'attuazione del progetto, in una conferenza sulle assicurazioni-vita in America, della quale demmo già notizia.

Per lo studio della paralisi infantile.

Si è costituito a New York un Comitato internazionale per lo studio della paralisi infantile, sotto la presidenza del dott. W. H. Park. Esso dispone di una somma preliminare di 250.000 dollari (oltre 4 milioni di lire it.) donata dal banchiere Jeremiah Milbenk di New York. Gli istituti scientifici scelti come centrali per detto studio sono: in America le Università di Chicago, New York e Cambridge (Mass.); in Europa l'Istituto Lister di Londra e l'Istituto Pasteur di Bruxelles.

Corso pratico di lotta antimalarica.

Dal 5 al 10 giugno nei locali dell'Asilo antimalarico « Ettore Marchiafava » in Roma, Piazza S. Egidio N. 1, presso S. Maria in Trastevere, si è svolto un breve corso di esercitazioni pratiche di lotta antimalarica, tenuto per cura dell'Ufficio d'Igiene del Governatorato. Il corso libero per tutti, e obbligatorio per coloro che aspirano a prendere parte alla campagna antimalarica ingaggiata dal Governatorato di Roma: sanitari e ausiliari. I proprietari e affittuari dell'Agro Romano erano stati pregati di inviarvi qualcuno dei loro agenti. Alla fine del corso ebbero luogo le prove di esame. Le lezioni furono impartite dai proff. Sirleo, Pecori, De Rossi, Petacci ed Escalar.

Corso di Eugenica a Madrid.

Con grande concorso di pubblico si è inaugurato nell'Anfiteatro della Facoltà medica di Madrid il I Corso spagnolo di eugenica. Il dott. Noguera (D. Juan), direttore della « Gaceta Médica Española », organizzatore del Corso, ha esposto il significato e le finalità di esso. Il dott. Recasens ha parlato sul tema « Eugenetica e procreazione » con speciale riguardo al certificato prematrimoniale e alla sterilizzazione dei minorati, con mezzi fisico-chimici o chirurgici.

Ricorrenze di laurea.

I laureati in medicina dell'Università di Roma nel 1898 si aduneranno nella seconda metà di settembre, in occasione del Congresso internazionale sulla tubercolosi. Inviare le adesioni al dott. Edgardo Cardinali, Iesi (Ancona).

I laureati in medicina dell'Università di Roma nel 1903 sono pregati di inviare le adesioni per un banchetto che si terrà il 20 ottobre p. v., al dott. Ermanno Pazzi, via Marcantonio Colonna 54, Roma.

Ordinanza di Sanità Marittima.

Con O. S. M. le provenienze dal porto di Buenos Aires sono state sottoposte alle misure contro la peste prescritte dall'ordinanza n. 10 del 1907 modificata con D. M. 30 agosto 1911.

Richiesta di donatori di sangue.

Il direttore dell'Ospedale dell'Università di California a San Francisco, L. S. Schmitt, rende noto che, in media, si eseguono nel detto nosocomio più di dieci trasfusioni di sangue al mese; ma che spesso s'incontrano difficoltà per operare la trasfusione nei soggetti poveri, quando questi non hanno familiari od amici disposti a cedere il proprio sangue e dato che la tariffa per i donatori professionali è di 50 dollari (circa 1000 lire it.). Spesso si riesce a far corrispondere la quota da istituti di beneficenza; ma ciò importa perdita di tempo e, data l'urgenza di molti casi, a volte i medici anticipano essi la somma e non sempre riescono a riprenderla.

Lo Schmitt sollecita ora i filantropi ed i volenterosi a creare un'organizzazione efficiente.

In onore di Kraus.

Amici, ammiratori ed allievi del Gen. Med. Rat prof. Friedrich Kraus, si sono adunati in gran numero, il 9 giugno, nei locali del « Rheingold » di Berlino, per festeggiare il 70° compleanno del grande clinico.

Un monumento a Vulpian.

Il Consiglio municipale di Parigi ha stabilito che il monumento a Vulpian — del quale si è solennizzato il centenario nello scorso anno — deb-

ba sorgere sulla rue Antoine-Dubois. Il monumento è opera di un medico artista, il dott. Paul Richer, membro dell'Accademia di Medicina e dell'Accademia di Belle Arti. Si prevede che la inaugurazione avrà luogo durante il mese di giugno.

In memoria di Francesco Todaro.

È stato commemorato a Messina il sen. Francesco Todaro. La cerimonia si svolse nell'Università; vi assistevano il ministro Rocco, il prefetto Vitetti, una larga rappresentanza di notabilità cittadine, la famiglia dello scomparso; numerose le adesioni, tra cui quella del ministro Fedele. Parlarono il rettore Rizzo, l'on. Crisafulli-Mondio e il prof. Mazzarelli, rievocando le benemerenze del Todaro come scienziato, come patriota e nella resurrezione dell'Università di Messina. Seguì la inaugurazione di una lapide apposta sulla facciata dell'Istituto di Zoologia.

Attentato ad un sanitario.

Il dott. Calamida, direttore dell'Ospedale Italiano di Tunisi, è stato aggredito da un malato, che gli ha esploso contro un colpo di rivoltella; per fortuna il proiettile non ha raggiunto organi importanti.

Sulla breccia.

A Napoli è morto improvvisamente, di angina pectoris, mentre visitava una cliente, il dott. Edoardo Conte, apprezzato sanitario.

Il prof. Garré.

Riceviamo:

Nel fascicolo 21 della Sez. pratica del « Policlinico », A. P. ha pubblicato un cenno necrologico su Karl v. Garré, il rinomato Clinico chirurgo di Boon, da poco deceduto. Vi fa difetto un particolare interessante. Karl v. Garré era figlio di un italiano nato a Savignone (Genova), ove tuttora vivono i parenti. Il defunto chirurgo nacque a Ragaz, in Svizzera, ove il padre s'era stabilito per ragioni di lavoro. Il prof. Garré parlava correttamente l'italiano e si mantenne in rapporti epistolari coi parenti Savignonesi. Da giovane studente era stato a visitare il ridente paese dell'Appennino Ligure ed aveva di recente deciso di ritornarvi. Un cugino del chirurgo, l'ing. Garré, è l'attuale Podestà di Savignone.

Genova. Prof. G. LUSENA.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXV — Roma, 25 Giugno 1928 — Fasc. 25

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. G. SANARELLI.

Il valore della intradermoreazione nella infezione gonococcica.

Dott. A. ALESSANDRINI, aiuto e l. d.,
Dott. V. MATARESE.

Mentre nella blenorragia acuta il pus uretrale che facilmente si affacia al meato urinario, tanto nell'uomo che nella donna, è ricco di gonococchi che possono essere facilmente e chiaramente messi in evidenza negli strisci con la colorazione semplice col bleu di metilene o col metodo di Gram, non altrettanto può dirsi nella blenorragia cronica nella quale assai di sovente nulla si riscontra all'esame microscopico della goccetta cronica o dei filamenti che si rinvengono nell'urina e che si raccolgono con la centrifugazione; o quando l'esame è praticato dopo una instillazione uretrale di nitrato d'argento che risveglia un eventuale processo cronico latente.

Maggiori difficoltà diagnostiche esistono ancora per le complicazioni genitali, specie nella donna, ed extragenitali della infezione gonococcica, sicchè sono stati suggeriti diversi mezzi onde permettere una più sicura e pronta diagnosi, quali l'agglutinazione e la precipitazione specifiche, ma senza alcun resultato.

Con la tecnica identica a quella applicata per la reazione di Wassermann nella sifilide, Bruck per il primo e successivamente Watabiki, Finkelstein, Donagh e Klein, Maderna, Priestley e parecchi altri hanno ricercato gli anticorpi gonococcici con resultati assai probativi, almeno secondo quanto affermano questi autori.

Però dato che la tecnica della deviazione del complemento è alquanto indaginosa e non può quindi essere usata nella pratica corrente, si è pensato di ricorrere alla vaccino-diagnosi e più precisamente alla intradermoreazione, riponendo in essa molte speranze perchè parrebbe dover possedere sulle altre reazioni sierologiche il vantaggio non solo della praticità, ma quel che più conta della specificità e della precocità.

Già Bruck, sin dal 1909, aveva osservato che inoculando una goccia di estratto glicerico di cultura di gonococco sottocute si provocava nei pazienti affetti da gonococcia una reazione che giudicò specifica. La reazione, analoga a quella della tubercolina, dava luogo, specialmente nelle forme croniche, alla formazione di una papula che durava due o tre giorni, sicchè questo autore ritenne che nei blenorragici si vada costituendo uno stato di ipersensibilità cutanea che può es

ser messa in evidenza con la cutireazione. Alle stesse conclusioni è pervenuto Reiter. Jrons e così pure Eising affermano di aver notato in generale una ben definita reazione cutanea. Finkelstein e Gerschen, Neisser, Born e Scherischorina, Cattaneo, Ferrario, sono favorevoli alla vaccino-diagnosi considerandola come specifica.

Al contrario Herrold, Cherry e di Palma controllando l'applicabilità della cutireazione con proteine del gonococco mediante la deviazione del complemento nelle affezioni dell'apparato genitale femminile concludono in senso negativo. Ricorderemo infine che dalle ricerche del Mucci, eseguite molto di recente sulla controversa questione, appare evidente come l'intradermoreazione non può costituire un sussidio diagnostico in quanto manca in essa il carattere di perfetta stabilità e di sicurezza.

***

Avendo avuta la possibilità di applicare la intradermoreazione su di un rilevante numero di pazienti, in parte ricoverati nel Policlinico Umberto I ed in parte nell'ospedale per le malattie celtiche di S. Gallicano, riteniamo interessante di riportare i resultati tratti dalle nostre osservazioni sul valore della reazione intradermica nella infezione gonococcica praticata con vari vaccini gonococcici.

Accenneremo una volta per tutte che i vaccini da noi usati sono stati allestiti emulsionando le patine batteriche in soluz. cloruro-sodica al 0,9 %, fenicata al 0,5 %. Solo per un gruppo di intradermoreazioni abbiamo adoperato un vaccino del commercio e precisamente il « Gonolimas ». La dose vaccinante è stata di 25 milioni di germi per cmc.; eccezion fatta per una serie di reazioni intradermiche nelle quali questa dose è stata elevata a 50 milioni di germi per cmc.

La quantità di emulsione vaccinante introdotta nel derma non ha mai superato il centimetro cubico nell'adulto ed il mezzo centimetro cubico nel bambino.

All'intradermoreazione con vaccino ne abbiamo fatta sempre seguire una di controllo usando soluz. cloruro-sodica al 0,9 %, fenicata al 0,5 %, inoculando il liquido nella stessa regione prescelta, ma a discreta distanza dalla prima.

L'intradermoreazione è stata praticata, con rigorosa tecnica, sulla regione interna del braccio, dove cioè la cute è più sottile e delicata, adoperando aghi molto sottili, avendo cura di provocare la caratteristica pelle a buccia di arancio, a liquido inoculato, evitando qualsiasi traumatismo.

Abbiamo considerate come positive le reazioni di almeno 2 centimetri di diametro o più, con netto persistente arrossamento e turgore; negative quelle non seguite da alcun sintoma locale, oppure che hanno presentato un lieve fugace rossore che scompariva dopo breve tempo. L'osservazione delle reazioni è stata protratta fino alle 48 ore. Diremo subito che le intradermoreazioni sono state bene sopportate dai pazienti che non hanno accusato molestia alcuna: solo in qualche raro caso all'arrossamento ed alla tumefazione della cute nel punto della iniezione ha seguito una leggera dolorabilità od un po' di prurito: mai in nessun caso si è constatata una reazione generale od una reazione di focolaio. Per quel che si riferisce alle reazioni di controllo esse sono resultate sempre negative, non avendo mai data la più piccola reazione infiammatoria.

***

Una prima serie di intradermoreazioni è stata eseguita inoculando 1 cmc. di vaccino gonococcico, da noi allestito con tre stipiti di gonococco isolati di recente, calcolato a 25 milioni di germi per cmc., in 29 pazienti di cui 8 con blenorragia in atto e con reperto positivo del pus uretrale; 12 cronici con accertata affezione gonococcica; 9 pazienti affetti da altre malattie nei quali si poteva sicuramente escludere una affezione blenorragica acuta o cronica.

Degli 8 blenorragici in atto (5 uomini e 3 donne) hanno presentato intradermoreazione positiva 1 uomo ed 1 donna; dei 12 cronici (5 uomini e 7 donne) hanno risposto positivamente 1 uomo e 2 donne. Nei 9 pazienti (6 uomini e 3 donne) non blenorragici la intradermoreazione è stata nettamente positiva in un tubercoloso, in una tifosa ed in un convalescente di polmonite.

Questi primi resultati tutt'altro che probativi per una specificità intradermica del vaccino gonococcico nella infezione blenorragica acuta o cronica, ci hanno indotto a pensare che forse la causa dello scarso numero di positività riscontrate nei blenorragici potesse dipendere dalla esigua dose di vaccino inoculato, sicchè cogli stessi tre stipiti di gonococco abbiamo allestito un secondo vaccino calcolato a 50 milioni di germi per cmc., ferma restando la quantità di vaccino iniettato e cioè di 1 cmc.

Con questo secondo vaccino abbiamo praticato l'intradermoreazione in 30 casi di cui 16 (14 uomini e 2 donne) blenorragici e 14 (9 uomini e 5 donne) non blenorragici. Nei blenorragici l'intradermoreazione è stata positiva in 3 uomini ed 1 donna tutti affetti da gonococcia cronica; nei 14 pazienti non blenorragici hanno risposto positivamente 4 uomini e 2 donne.

Come se ne deduce, l'aumento della dose di vaccino non apporta notevoli variazioni nella

percentuale delle reazioni positive nei blenorragici acuti o cronici, inoltre resta confermato il fatto, già osservato nella prima serie di casi trattati, che anche nei non blenorragici il vaccino gonococcico provoca delle intradermoreazioni positive, sicchè non si può certo parlare di specificità, ma soltanto di fenomeni reazionali aspecifici di natura eteroproteinica.

Si potrebbe obiettare che l'incostanza di questi resultati sia dovuta agli stipiti di gonococco da noi usati per la preparazione del vaccino. L'Hermans infatti ritiene che esistono fra i vari ceppi di gonococco notevoli differenze nelle loro proprietà antigene e qualche autore ha notato altresì che non tutti gli stipiti di gonococco provocano reazioni egualmente positive quando vengono inoculati per via intradermica, anzi se ne incontrano di quelli che non determinano la comparsa di alcun fenomeno reattivo, per cui la scelta degli stipiti ha grande importanza ed è consigliabile di usare sempre vaccini i quali contenendo un notevole numero di ceppi, come si sono dimostrati assai attivi terapeuticamente, così sono da considerarsi i migliori anche per l'impiego diagnostico.

Abbiamo dunque allestito un terzo vaccino con 9 stipiti di gonococco, calcolato a 25 milioni per cmc. e con esso si è sperimentato in 27 casi di affezione gonococcica accertata e precisamente in 13 uomini, 10 donne e 4 bambini: per controllo si è eseguita l'intradermoreazione in 31 soggetti dei quali 20 malati di varie forme morbose ed 11 clinicamente sani.

La quantità di vaccino iniettata è stata di 1 cmc. negli adulti e 0,5 cmc. nei bambini.

Dei 13 uomini (5 con blenorragia in atto ed 8 cronici) hanno risposto con intradermoreazione positiva 1 blenorragico acuto e 2 cronici; delle 10 donne, tutte affette da blenorragia cronica, solo 2 fra esse hanno presentato una netta intradermoreazione positiva; dei 4 bambini, di cui 1 con oftalmo-blenorrea e 3 bambine con vulvo vaginite gonococcica, hanno reagito positivamente due delle piccole pazienti.

Nei 31 soggetti trattati per controllo, l'intradermoreazione è stata positiva in 4 uomini e 3 donne.

Chiaro resulta da questi dati che anche aumentando il numero degli stipiti non solo non si acquista in specificità, ma l'andamento delle intradermoreazioni rimane pressochè invariato.

E a questo proposito vogliamo qui ricordare che identico comportamento abbiamo avuto usando un vaccino del commercio, il *Gonolimas*, calcolato a 25 milioni di germi per cmc., che è stato iniettato per via intradermica, nella quantità di 1 cmc., in 30 casi.

Infatti su 9 uomini blenorragici hanno risposto positivamente due pazienti affetti da artrite gonococcica; su 7 donne, esse pure blenorragiche, una solanto, affetta da salpingite, ha avuto reazione intradermica positiva.

In 14 soggetti non blenorragici l'intradermoreazione è stata positiva in un uomo e due donne.

***

Come se ne deduce dalla nostra casistica, malgrado l'opinione favorevole che alcuni sperimentatori hanno della intradermoreazione a scopo diagnostico nella blenorragia, essa non risponde allo scopo e non è quindi applicabile praticamente. Ciò che toglie a questo reperto ogni carattere di specificità non è solo la troppo bassa percentuale di casi in cui la reazione è positiva, ma sopratutto perchè, come si è visto, essa si riscontra positiva oltre che nei blenorragici acuti e cronici anche in un certo numero di pazienti affetti da altre malattie e persino in soggetti sani.

Questa positività non è dunque, quasi per certo, l'esponente di un fatto generale o di focolaio, ma semplicemente di un fatto irritativo locale che non trova la sua corrispondenza nel potere difensivo dell'organismo. Ciò a nostro modo di vedere, non deve recar meraviglia perchè è ben risaputo che non esiste una sicura immunità acquisita contro il gonococco. Forse ciò dipende in gran parte dal fatto che il gonococco presenta nell'uomo una resistenza estrema alla digestione intrafagocitaria, per cui le reazioni che intervengono fra antigene ed anticorpo in questo processo morboso sono molto diverse da quelle che si riscontrano in altre malattie infettive. Si sa infatti che una gonorrea guarita non protegge affatto contro un nuovo contagio e lo stesso dicasi anche per gli accidenti dovuti alla migrazione del germe in diversi organi (artrite, epididimite, salpingite, ecc.), che non danno luogo ad una immunità e tanto meno allo stato di refrattarietà.

BIBLIOGRAFIA.

BRUCK. Deut. Med. Woch., 1909, pag. 470.
REITER. Ztschr. f. Geburtsh., 1911, pag. 471.
JRONS. Journ. of. inf. dis., 1912, pag. 77.
EISING. Medical Record, 1912, pag. 204.
FINKELSTEIN e GERSCHEN. Berl. Klin. Woch., 1913, pag. 1817.
NEISSER. Ibidem, 1916, pag. 765.
BORN e SCHERISCHORINA. Riferito in Pathologica, 1925, pag. 628.
CATTANEO. La Medicina Italiana, 1925, pag. 282.
FERRARIO. Ibidem, 1927, pag. 270.
HERROLD. Riferito in Pathologica, 1925, pag. 235.
CHERRY e DI PALMA. Ibidem, 1921, pag. 467.
MUCCI. Riforma Medica, 1927, pag. 87.
HERMANS. Riferito in Pathologica, 1923, pag. 52

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI MANTOVA
REPARTO CHIRURGICO GENERALE.
Direttore: Primario MAMBRINI.

Contributo alla conoscenza della torsione dell'omento.

Dott. F. MAGNANI.

Nella patologia delle affezioni addominali e precisamente tra le forme ad inizio acuto, la torsione dell'omento viene occupando un posto importante e come entità morbosa deve essere considerata all'altezza delle forme più frequenti e più comunemente note. In clinica il criterio di frequenza è un forte argomento per la diagnosi ma può anche indurre in errore. Il numero dei casi finora studiati e descritti non porta a considerare questa affezione come rarissima, tuttavia credo che nella sua pratica un chirurgo la possa osservare assai poche volte. La diagnosi di torsione dell'omento presenta difficoltà insormontabili essendo facile lo scambio or con l'una or con l'altra delle forme addominali acute più note; eccetto casi rari la diagnosi di questa affezione non è mai stata posta prima dell'intervento, e il rilevare all'atto operatorio la torsione dell'omento è spesso motivo di vera sorpresa. Davanti al quadro di una sindrome addominale acuta difficilmente la mente si orienta subito ad un'eventuale affezione dell'omento, e considerando appunto il numero sempre crescente dei casi di torsione omentale, mi pare che tale malattia più frequentemente debba essere tenuta presente e più spesso rientrare nelle discussioni di diagnostica differenziale. Pure non costituendo un quadro sintomatologico e clinico a sè, tuttavia si rileva dagli studi fatti che tale affezione presenta dei segni che possono, se non proprio caratterizzarla, servire fin dove è possibile per una diagnosi differenziale dalle forme con le quali più spesso viene scambiata.

Il Polidori riporta una statistica di 114 casi compreso il suo dei quali solo quattro furono diagnosticati prima dell'intervento (Rudolf, Cernezzi, Lejars, Taddei).

Scorrendo la letteratura più recente se ne trova uno descritto dall'Urbani, e un altro di Trojàn. Quest'autore riporta anche una statistica di Brown del 1926 nella quale sono considerati 140 casi; questo numero rappresenterebbe la totalità dei casi fino allora descritti. Nel caso dell'Urbani la diagnosi oscillava fra quelle delle affezioni più note a tipo acuto; in quello del Trojàn si era pensato anche all'appendice; dalla descrizione sembra che esistesse una piccola ernia inguinale destra, però all'operazione l'omento non era aderente al sacco, ma al peritoneo parietale.

Riferisco il caso da me osservato:

R. Severina, anni 17, da Mantova.

Il padre è morto per tubercolosi del ginocchio, la madre vivente e sana. A 5 anni ammalò di febbri tifoidi, a 12 anni di corea, 4 anni fa di malaria; da due anni sta bene.

Viene ricoverata in ospedale il 18 gennaio 1927, d'urgenza. Il giorno 16, riferisce, nel pomeriggio, in pieno benessere accusò a destra dell'addome un dolore a tipo trafittivo subito scomparso; la sera a letto accusò dolori addominali che in breve si fecero intensi ed erano localizzati al quadrante inferiore destro. I dolori durarono tutta la notte e il giorno seguente; l'applicazione di cataplasmi caldi non diede sollievo, non vi fu elevazione termica. Il giorno 18 le sofferenze accennarono ad essere leggermente meno intense ma comparve la nausea e il vomito. Viene ricoverata alle ore 14 nel nostro Reparto.

Al suo ingresso l'ammalata è sofferente, il respiro un po' ansioso. Polso poco più frequente che di norma (90), ritmico, valido. Lieve rialzo termico (37,5).

L'ammalata tiene decubito dorsale, l'arto inferiore destro ruotato all'esterno, la coscia flessa sul bacino.

L'addome è leggermente globoso, meteorico, dolente alla pressione in modo spiccato al quadrante inferiore destro, dove si risveglia vivissima contrazione di difesa dei muscoli. Il punto di maggiore dolorabilità si ritrova un po' sopra il punto di Mac-Burnej; sul resto dell'addome si risveglia scarso dolore. Non esistono cicatrici da pregressi interventi sull'addome, l'esplorazione delle vie più comuni d'uscita dell'ernia è negativa.

Di fronte al caso piuttosto grave, ad inizio acuto, a manifestazione dolorosa, dopo breve riflessione viene deciso l'intervento pensando trattarsi di probabile appendicite acuta.

Operazione ore 17, operatore primario Mambrini.

Narcosi morfio-eterea, regolare.

Incisione pararettale destra. Aperto il peritoneo si presentano le ultime anse dell'ileo e il cieco disteso con la sierosa di aspetto rossastro-vellutato; l'appendice è rivolta in alto e all'esterno e presenta due angolature con scarse aderenze verso la base d'impianto; è un po' indurita lunga 6-7 cm. con la sierosa iperemica; non presenta in complesso i caratteri del processo infiammatorio acuto. Viene asportata. Non persuasi che si potesse attribuire alle scarse alterazioni rilevate a carico dell'appendice la causa del quadro morboso, si fa la revisione del campo operatorio e divaricando la ferita si riscontra nella sua parte superiore che alla sierosa parietale aderisce un lembo di omento, in forma di lingua allungata, appiattito in senso antero-posteriore, di colorito rosso scuro. Tale lembo si lascia facilmente staccare dal peritoneo e si può allora osservare che esso aderisce alla sierosa parietale in un punto situato due dita trasverse sotto il bordo costale per mezzo di un sottile peduncolo attorcigliato su se stesso. Per un altro sottile lembetto pure torto la detta porzione di omento si unisce al rimanente grande epiploon; staccata l'aderenza parietale facilmente,

viene resecata fra legature al di sopra della torsione su tessuto sano.

Sutura a strati della parete addominale; decorso post-operatorio normale. Il 30 gennaio l'ammalata esce dall'ospedale.

L'appendice asportata presenta scarse note infiammatorie; l'esame istologico su varie sezioni non presenta alterazioni rilevabili. Il lembo omentale asportato conserva in gran parte la struttura lobulata caratteristica dell'omento sano, ha colorito rosso-scuro, ed in alcuni punti nerastro, ha odore di necrosi; su sezioni trasverse si nota una forte infiltrazione emorragica e alcuni punti sembrano corrispondere a piccoli trombi venosi; l'esame istologico dimostra che è gangrenato e fortemente congesto ma non presenta traccie di processo infiammatorio.

Questo reperto istologico concorda in generale coi reperti fin qui descritti di tutti i casi di torsione **omentale.**

Varie classificazioni si sono proposte di questa affezione basandosi sia sul quadro anatomo-patologico che su quello clinico. Sono state anche considerate in rapporto al grado di torsione e divise in complete e in incomplete a seconda che l'omento ha compiuto uno o più giri a spirale, oppure se la torsione è inferiore ai 360°. Sono state notate torsioni da mezzo giro fino a sei giri; le più frequenti sono quelle di due o tre giri.

La classificazione più accettata è quella di Lejàrs, che tiene conto specialmente dei dati clinici. Comprende tre gruppi:

1) Torsione associata ad ernia irriducibile.

2) Torsione combinata ad un sacco erniario vuoto.

3) Torsione senza coesistenza di un'ernia.

I casi che appartengono ai primi due gruppi sono i più numerosi e quelli che permettono le induzioni eziologiche più convincenti. Come momento patogenetico si invocano le ernie sotto i loro svariati e molteplici aspetti; il sacco, la presenza dell'omento col viscere nel sacco, i processi infiammatori del sacco, del testicolo, e poi da ernie recidive, quelle post-laparatomiche, il Taxis, l'uso del cinto erniario ecc., sarebbero cause tutte queste dell'aderenza dell'omento; in secondo tempo la torsione si verificherebbe per fatti occasionali. L'importanza poi di maggiore frequenza a destra della torsione, viene attribuita al fatto anatomico che il margine destro dell'omento si porta più in basso con un suo prolungamento che non a sinistra e più facilmente può migrare in un sacco erniario.

L'obbiezione che si presenta spontanea a questa teoria è, che dato il grande numero e varietà di ernie che vengono all'operazione, il chirurgo dovrebbe con maggiore frequenza osservare casi di torsione dell'omento mentre invece ciò non si verifica. Nelle ernie di antica data, nelle recidive o in individui che hanno fatto uso di cinto spesso si osserva all'intervento la presenza nel sacco del solo omento sia libero che aderente e ispessito, senza che si possa parlare di pericolo di torsione.

Il terzo gruppo comprende i casi più rari.

L'eziologia in questi casi viene ricercata nelle alterazioni patologiche dell'omento per processi infiammatori specie per le omentiti croniche, per presenza di tumori omentali di varia natura. Sono pure considerati i casi in cui la presenza di un tumore, per lo più pelvico, favorisce il formarsi dell'aderenza fra l'omento e la massa tumurale; la torsione allora può interessare il solo omento oppure questa essere associata a quella del tumore o esserne preceduta. Va qui ricordata la teoria emodinamica di Payr; questo autore ammette che la torsione dell'omento potrebbe trovare la sua spiegazione nel fatto che le vene omentali, più distensibili delle arterie, possono divenire turgide, serpiginose sotto la pressione sanguigna ed in tal modo favorire ed essere causa di torsione dell'organo. Tale ingegnosa teoria è ormai rigettata dalla maggioranza degli autori perchè la sovradistensione delle vene dell'omento ritorto non è causa ma conseguenza della torsione. Il meccanismo di produzione della torsione in questi casi in cui l'omento ha come substrato anatomico l'ispessimento, o è la sede di un tumore, è perfettamente analogo a quello per il quale si produce la torsione di un organo o di un tumore appeso ad un peduncolo (milza ectopica, cisti ovarica); l'omento ispessito, globoso, si allunga, si assottiglia a livello della base d'impianto e si ha così un vero e proprio peduncolo.

I casi descritti del terzo gruppo finora sarebbero 18 per quanto risulta dalle più recenti statistiche, cioè circa l'8,7 % di tutti i casi resi noti e classificati come torsioni dell'omento nella cavità libera dell'addome.

Le torsioni poi intraddominali dell'omento senza la presenza di ernia, di tumore, di aderenze sono ancora più rare e le più oscure per l'interpretazione patogenetica. A questa varietà appartiene il caso da me osservato. La maggior difficoltà diagnostica consiste nella mancanza di qualunque segno patognomonico; simulano per l'insorgenza, per la sintomatologia e per il decorso in primo tempo le affezioni acute più frequenti ed in questo stadio frequentemente vengono all'osservazione del chirurgo. In questi casi, data la necessità di un rapido esame per una rapida decisione, tale sintomatologia pur costituendo dati di qualche probabilità non può certo servire per porre la diagnosi con certezza. Viene considerata di grande importanza la presenza di aderenze dell'omento ad un punto della cavità addominale o come causa occasionale di torsione l'attiva peristalsi intestinale, le brusche

variazioni di pressione endoaddominali per colpo di tosse, vomito, ecc. Bajer paragona questo meccanismo alla torsione di un fazzoletto a tre capi; due sono fissi ed il terzo è libero di ruotare attorno all'asse costituito dai due primi. Per l'omento i punti fissi sarebbero da un lato l'inserzione al colon e dall'altro l'aderenza al peritoneo parietale.

Le affezioni sia acute che croniche sono di gran lunga più frequenti nella metà destra dell'addome; le torsioni dell'omento nel maggior numero dei casi descritti sono state osservate a destra; la deduzione logica che se ne trae è che l'omento presente sempre a questi processi infiammatori può andare incontro a modificazioni patologiche che favoriscono poi il prodursi della torsione, quindi sindromi pseudo-appendicitiche, colecistitiche ecc. Ma anche per queste ipotesi subito risalta il contrasto fra la frequenza del processo infiammatorio, frequenza e per numero e per varietà di organi che sono preda del processo, e la rarità della torsione.

Nel mio caso fra le notizie anamnestiche si trova una affezione tifosa patita a 5 anni; può questa infezione aver dato luogo allora all'aderenza omentale e verificarsi la torsione solo a 19 anni? Cause occasionali per favorirla in tanti anni non ne saranno mancate.

L'appendice pure presenta due angolature e scarse aderenze alla base d'impianto; pur non risultando nulla nell'anamnesi bisogna tuttavia ammettere un processo infiammatorio sia pure lieve e passato inosservato e verificatosi in precedenza. L'aderenza parietale dell'omento che si è prodotta ha avuto da ciò la sua causa e quanto tempo sarà occorso perchè si producesse la torsione? Sono domande queste alle quali è molto difficile poter rispondere; in questo mio caso non si hanno altre notizie nè si possono rilevare altri fatti cui poter attribuire, anche nel campo della probabilità, delle deduzioni causali di tale forma morbosa.

Nel campo dell'eziologia della torsione dell'omento si deve attribuire grande importanza alle cause finora considerate; ritengo altresì che per definire e circoscriverne il quadro eziologico e patogenetico qualche ragione sfugga ancora allo studio.

Nella letteratura il numero dei casi resi noti è limitato; lo studio e la descrizione di tutti quelli che capiteranno all'osservazione potrà oltre che a dimostrare forse una maggiore frequenza dell'affezione, presentare certo nuovo contributo alla conoscenza eziologica e clinica. La diagnosi differenziale con le più frequenti affezioni addominali a sintomatologia acuta è sempre difficile. Sotto la guida del caso osservato si può affermare che il quadro generale è un po' meno grave di quello delle affezioni più frequenti e note; a conferma di ciò in molti casi, come nel nostro, il paziente è stato portato al tavolo operatorio con una diagnosi di probabilità.

Secondo alcuni autori questa malattia sarebbe più frequente negli individui corpulenti la cui età si aggira sui 35-45 anni; questa osservazione credo che non possa avere sinora una conferma.

L'indicazione all'intervento esiste in ogni caso di torsione di omento, più opportuna se precoce.

La tecnica operatoria non esige gravi difficoltà; viene consigliato giustamente che la sezione del peduncolo cada su tessuto sano al fine di evitare il propagarsi della trombosi ai vasi dello stomaco e del colon.

BIBLIOGRAFIA.

1. BAJER. Zentralbl. f. Chir. 1898. S. 462.
2. BUFALINI. Il Policlinico, Sez. chir. A. 31 fasc. 6.
3. CERNUZZI Clinica chir. A. 17, vol. 1°.
4. DONATI Chirurgia dell'addome 1914.
5. LEJARS Sem. méd. 1907, pag. 73.
6. PAJR. Arch. f. Klin. Chir. Bd. 68, S. 501.
7. ID. Deut. Zeitschr. f. Chir., vol. 83.
8. POLLIDORI. Arch. Ital. di Chir., vol. 17, fasc. 4.
9. TROJÀN Zentralbl. f. Chir. n. 43, A. 1927.
10. URBANI. Policlinico, Sez. prat. A. 34, fasc. 24.
11. WOLFF Beiträge Zur Klin. Chir. Bd. 127, H. I. S. 198. 1922.

IGIENE.

Il problema igienico del latte.

Sull'importanza igienica del latte, dal punto di vista sociale, tutti sono concordi; perciò non mi soffermo con questa mia breve nota a enumerare o considerare le varie modalità conosciute, con le quali il latte può andar soggetto ad inquinamenti, che siano poi la causa diretta della diffusione di varie malattie, oppure ad adulterazioni, che ne alterano il potere nutritivo stesso.

Voglio solo considerare, in questo momento in cui si attende il nuovo testo unico delle Leggi sanitarie e il relativo Regolamento, come le vigenti disposizioni per la Vigilanza igienica sugli alimenti e sulle bevande del 3 agosto 1890, nonchè quelle sulla sanità pubblica del 3 febbraio 1901 stabiliscano le condizioni tutte in cui il latte può essere somministrato al pubblico, dimenticando invece a questo proposito un elemento, a parer mio, di molta importanza, che ho rilevato dalla mia personale esperienza e al quale appunto ora accennerò.

L'articolo 114 del Regolamento 3 febbr. 1901 n. 45 stabilisce:

« È vietato vendere, ritenere per vendere e somministrare per compenso ai dipendenti:

a) il colostro;

b) il latte di animali affetti da malattie alle mammelle;

c) il latte degli animali colpiti da febbre aftosa, tubercolosi, vaiuolo, carbonchio, pleuropneumonite essudativa, infezione setticemica, idrofobia, itterizia, dissenteria o da altra malattia capace di alterare la natura del latte;

d) il latte degli animali alimentati con foraggi velenosi, alterati o capaci di dare al latte cattivo odore e sapore o comunque trattati con sostanze tossiche di azione generale;

e) il latte azzurro, rosso, amaro, vischioso, putrido o con colore, odore o sapore anormale; il latte che contenga tracce evidenti di sterco o comunque sudicio;

f) il latte inacidito o che coaguli coll'acido carbonico o con l'ebollizione;

g) il latte al quale si sieno aggiunte sostanze estranee per conservarlo o correggerne i difetti. È fatta eccezione per il latte condensato cui è permesso aggiungere dello zucchero;

h) il latte annacquato o comunque sofisticato. Si considererà come annacquato il latte che contenga una quantità di grasso e di residuo magro inferiore ai limiti stabiliti dai regolamenti locali d'igiene in base a molte prove di stalla.

Come si vede da quanto precede e da altre disposizioni, che si riferiscono al latte, proveniente sempre da animali colpiti da malattie infettive, non si fa affatto parola invece del latte proveniente da animali gravidi, e specie dalla vacca gravida, in modo che di tal fatto se ne giovano i non scrupolosi produttori di latte per spacciarlo sino al giorno, che precede il parto stesso.

È vero che dinanzi al problema dell'approvvigionamento lattico di una grande città, purchè sia salvaguardata l'igiene generale, limitandosi ad escludere in modo particolare ed assoluto quel latte, che possa esser causa diretta di malattie infettive o comunque alterato per altre contingenze, si debbono purtroppo trascurare alcuni elementi, che socialmente hanno non minore importanza igienica. Così ad es. l'Azienda Governatoriale di Roma sia per la concorrenza del prezzo, sia per il rifornimento stesso in alcuni mesi dell'anno incetta da lontane Provincie e specialmente dalla Lombardia una certa quantità di latte condensato, che poi con diversi procedimenti subisce un processo di reintegrazione. Questo latte commercialmente sarà sterile come flora batterica, sarà puro come adulterazioni ed inquinamenti, ma sarà esso normale, come genuità e originalità di prodotto, dovendo servire per l'alimentazione non ordinaria della popolazione, come quella ad es. a base di farinacei, legumi o verdure, ma bensì per quella alimentazione fina e delicata, quale si addice ad organismi gracili o più o meno tarati rispetto al sistema digerente gastro-intestinale? A questo riguardo giova ricordare come il latte subisce facilissime alterazioni e modificazioni non solo organolettiche, ma anche fisico-chimiche, secondo i varii regimi dietetici e le condizioni stesse di vita, in cui sono tenuti gli animali. È vero che la gravidanza è un fenomeno fisiologico, ma è da tutti conosciuto quali profonde modificazioni lo stato gravidico apporta all'organismo materno, alterando la crasi sanguigna e lo stato colloidale di tutti gli umori e secrezioni organiche, tra cui primeggia la secrezione lattea. Quindi il latte di vacca gravida si può mai considerare normale?

I bambini anche che si nutrono di puro latte materno, se per caso li sorprende un improvviso stato gravidico della madre, risentono immediatamente del nuovo alimento, alterato da tossine d'origine placentare, che entrate nel circolo sanguigno, si eliminano oltre che attraverso i vari emuntori dell'organismo, anche in modo sensibilissimo attraverso la secrezione lattea. Dinanzi a questa irruente immissione di tossine materne i bambini reagiscono infatti con stranezza ed irrequietezza del carattere, dapprima invece calmo e sereno, con disturbi dispeptici più o meno accentuati: vomito quasi giallastro, feci non più formate e giallo-oro, ma verdastre, diarroiche e dolorose. Se a questo stato di cose non si ripara con la massima sollecitudine o con la soppressione immediata dell'allattamento materno o con il ripristino della normalità materna, interrompendo il processo gravidico, come qualche volta mi è occorso per caso di vedere, bene spesso questi bambini sono diretti verso il marasma ed anche la morte per gastro-enterite acuta. Questi stessi fenomeni, non sempre però ugualmente appariscenti, si verificano anche presso i bambini svezzati o più o meno grandicelli, i quali si alimentino con latte proveniente da vacche gravide, come si può facilmente constatare anche nella quotidiana pratica professionale.

Perciò, considerato l'uso esteso del latte come alimentazione assoluta dei bambini, dei vecchi, dei malati, dei convalescenti e delle donne stesse nel periodo di allattamento, risalta senz'altro la impellente necessità di promuovere dalle competenti autorità il provvedimento adeguato, acchè sia proibito alla vendita pubblica il latte di mucca gravida, specie nella seconda metà della gestazione.

Dott. GARBERINI GIUSEPPE.

Marcellina, 27-4-28 - VI.

SUNTI E RASSEGNE.

CARDIOLOGIA.

I progressi della cardiologia.

(WHITE. *New England Journal of Medicine*, 1928, 5 aprile).

Le conoscenze sulla etiologia, sulla fisio-patologia, sulla clinica e sulla terapia delle affezioni cardio-vascolari hanno subito negli ultimi dieci anni sensibili progressi.

L'accertamento della etiologia delle angiocardiopatie ha notevole importanza non solo nei riguardi terapeutici ma anche e sopratutto per la profilassi.

L'infezione reumatica già riconosciuta come tra le più frequenti ed importanti cause di malattia del cuore, ha visto certamente aumentare ancor più la sua importanza. È stata accertata come elemento etiologico anche in casi in cui l'anamnesi sembrava negativa al riguardo, in quanto è stato riconosciuto che può assumere forme particolari nella prima infanzia ed esistere in forma subacuta. Osservazioni cliniche e dati statistici hanno confermato che il reumatismo è essenzialmente determinato dal freddo-umido, e che quindi questa condizione è la causa più frequente di cardiopatie.

Il cuore da sforzo, la nevrosi cardiaca, l'astenia neurocircolatoria o cuore da soldato, sono condizioni che gli studi fatti durante la guerra hanno meglio precisato nella loro sintomatologia e nella loro etiopatogenesi. Molti giovani con tali disordini erano prima della guerra ritenuti affetti da miocardite o da stenosi mitralica. D'altra parte si è constatato che le cardiopatie organiche possono coesistere in soggetti nervosi con disordini analoghi a quelli dati dalle condizioni su dette. Perciò in tali casi l'astenia, le vertigini, la facile esauribilità, il nervosismo, l'iperidrosi dànno ragioni d'altri sintomi come le palpitazioni, la dispnea, il dolore cardiaco.

Il cuore tiroideo, il cuore irritabile da ipertiroidismo con le sue aritmie e nei casi gravi con le sue insufficienze, è ora facilmente riconoscibile e adeguatamente curato. Questa forma dà ragione dei frequenti scacchi della digitale.

L'endocardite batterica subacuta, una forma d'endocardite maligna, e forse meglio chiamata endocardite da streptococcus viridans, è ora generalmente ritenuta una grave, quasi sempre fatale complicazione delle affezioni cardiache reumatiche. È caratterizzata da febbre leggera durante per mesi, anemia secondaria, fenomeni embolici, splenomegalia, ingrossamento delle estremità delle dita, emoculture positive, esito letale.

La trombosi coronaria, complicazione frequente dell'angina pectoris, spesso letale in breve tempo e guaribile nei casi molto gravi solo dopo molto tempo, era ritenuta un fenomeno d'intossicazione. Ora questa forma è meglio conosciuta clinicamente e nella sua patogenesi, e adeguatamente curata. Un attacco prolungato di grave oppressione sternale in individui di media età o più anziani, che cede solo alla morfina, e spesso seguita da febbre e leucocitosi, parla per un infarto cardiaco da trombosi di un'arteria sclerosata, di solito della branca discendente della coronaria sinistra. Se l'infarto è grande può seguire trombosi intracardiaca, insufficienza congestizia, fibrillazione auricolare parossistica, dilatazione acuta del cuore e morte improvvisa.

Il cuore ipertensivo non è più chiamato morbo di Bright, affezione cardiorenale, o miocardite. Oggi si sa che l'ipertensione essenziale, da causa ignota, può provocare disordini cardiaci da sforzo, con ipertrofia ed insufficienza.

Le affezioni cardiache congenite rimangono ancora un mistero, ma si son fatti progressi nel riconoscimento delle loro varietà.

I metodi semeiologici hanno fatto ancora più notevoli progressi.

Il soffio mitralico diastolico chiaramente rilevato da poco più di dieci anni, è ora generalmente apprezzato nel suo valore clinico. Anche Mackenzie pensava che il soffio della stenosi mitralica era presistolico con un ulteriore soffio diastolico in casi gravi. Oggi si ritiene l'inverso: il soffio diastolico appare prima e quello presistolico successivamente quando la stenosi si accentua o l'azione cardiaca diventa concitata in seguito a sforzi.

Il terzo tono del cuore, un reperto normale molto frequente sulla punta, non era convenientemente apprezzato. È notevolmente marcato nella stenosi mitralica, nella quale è seguito dal soffio diastolico o da rumori esterni del grave ritmo di galoppo protodiastolico dell'insufficienza cardiaca. Oggi si distingue nettamente il terzo tono dallo sdoppiamento del secondo tono.

Il soffio sistolico, sulla cui effettiva importanza patologica molto si era discusso, oggi è considerato al suo giusto valore. Se forte e comunque localizato sulla punta o sull'aorta non è un fatto normale e spesso costituisce un segno importante di alterazione cardiaca sia pure temporanea. Esso è l'indice del rigurgito mitralico. Però il soffio sistolico polmonare è sempre considerato, specie se è non marcato, un reperto normale.

Anche la percussione è rimasta un metodo d'indiscutibile valore per la determinazione del volume e della forma del cuore. In mani sperimentate è un metodo ancora migliore di quello ra-

diografico. Due punti in particolare hanno avuto un rilievo in questi ultimi anni. Il primo riguarda l'uso della linea medio-clavicolare per la determinazione della sede della punta del cuore. Questa linea si trova verticalmente partendo dal punto medio della linea che unisce la medio-sternale e l'estremità acromiale della clavicola. Essa dà elementi più costanti di quelli dati dalla mamillare. Se la punta ed il limite di ottusità verso sinistra oltrepassasse questa linea si può essere sicuri dell'ingrandimento o dello spostamento del cuore, anche quando questo reperto non è confermato dall'ottusità determinata prendendo come termine di riferimento la mamillare. L'altro punto riguarda la presenza o l'assenza dell'aumento di ottusità nel terzo spazio intercostale a sinistra dello sterno. L'aumento dell'ottusità, in assenza d'ingrandimento generale dell'aia cardiaca, indica quasi sempre un'affezione mitralica cronica o persistenza congenita del dotto arterioso con ingrandimento dell'infundibulum del ventricolo destro o dell'arteria polmonare. Questo ingrandimento può trovarsi anche quando la punta è in posizione normale.

L'introduzione dello sfigmomanometro ha reso notevoli servigi alla clinica, ma solo in questi ultimi anni, mercè i dati forniti dalla medicina assicurativa, si è potuto stabilire che negli individui di media età la pressione sistolica può considerarsi normale quando non sorpassa i 110-120 mm. di mercurio.

Gli studi sul polso alternante hanno dimostrato che questo disturbo costituisce un grave sintoma di debolezza cardiaca.

Notevoli progressi hanno fatto le applicazioni degli esami radiologici nella diagnostica delle malattie cardiache ed aortiche. La fluoroscopia, la teleradiografia, l'ortodiagrafia si sono molto perfezionate dando utili notizie non solo sulla forma e sul volume del cuore, ma anche sulla forza e la regolarità del ritmo.

L'elettrocardiogramma si rivela sempre più un mezzo squisito per apprezzare lo stato del cuore.

Altri metodi di studi della circolazione sono stati introdotti o perfezionati, come quelli sui capillari, sui gas del sangue, sulla pressione venosa, sulla capacità vitale dei pulmoni. Sono stati descritti speciali testi di sforzo ed altri metodi per saggiare la capacità del cuore. Tutti questi studi hanno notevole interesse fisiologico ma non si sono dimostrati pratici agli effetti diagnostici e terapeutici.

Come progressi terapeutici si possono ricordare l'introduzione del solfato di chinidina nell'armamentario dei regolatori del ritmo cardiaco e l'uso più intelligente della digitale. Oggi si usa somministrare questo farmaco in piccole dosi ma quotidianamente in modo da mantenere il cuore sempre sotto la sua azione senza, d'altra parte, provocare fenomeni d'intolleranza. La cura si pratica nel modo seguente: nella prima settimana si dànno tre volte al giorno 10 centigrammi di foglie di digitale in polvere e con ciò giornalmente si provoca la saturazione; e successivamente si manterrà questa saturazione somministrando una sola volta al giorno 10 centigrammi di polvere foglie di digitale e ciò per mesi e anni fino a che non se ne ravvisa più la necessità, o fino a che il cuore si stanca. Questa razione giornaliera fa sì che la quantità escreta o distrutta è bilanciata da quella nuovamente introdotta, e nell'organismo rimane sempre una quantità di digitale sufficiente. È ovvio che a seconda delle variazioni individuali, di età e tolleranza, devono variarsi le dosi iniziali e quelle successive. Nei casi nei quali occorre più rapida digitalizzazione ricorrere inizialmente alle iniezioni endovenose o sottocutanee. È preferibile adoperare le foglie di digitale in polvere anzi che le tinture e le infusioni, perchè queste sono meno sicuramente dosabili.

Deve infine essere ricordata l'introduzione di procedimenti chirurgici nella terapia delle malattie cardiovascolari, come la simpatectomia periarteriosa, la valvulotomia nella stenosi mitralica, la simpatectomia cervicale e le iniezioni paravertebrali nell'angina pectoris ostinata. Di tutti questi procedimenti solo gli ultimi due meritano di essere discussi, perchè effettivamente in un certo numero di casi sono riusciti a mitigare le sofferenze, ad arrestare il processo morboso a carico delle coronarie e dell'aorta. Comunque si tratta d'interventi ai quali bisogna ricorrere solo nei casi gravi e che si mostrano resistenti al trattamento medico.

DR.

Angina pectoris da tabacco.

(MOSCHCOWITZ. *Journal American Med. Association*, 1928, 10 marzo).

L'avvelenamento tabagico può provocare accessi di angina pectoris che si distinguono da quelli essenziali non solo per il fatto che scompaiono con l'astinenza dal fumo, ma anche per alcuni loro peculiari caratteri.

Che il fumo abbia azione nociva sul cuore è ben noto. Allbutt nel suo classico trattato sulle malattie delle arterie afferma che il fumo produce irregolarità cardiache, delirium cordis, cardiopalmo, ipertensione, e accessi di angina particolarmente lunghi e violenti. Willson ha descritto due casi di dolori anginoidi straordinariamente gravi che non si ripetettero dopo la

cessazione dell'abitudine di fumare. Kulbs nota che il fumo provoca nei giovani aritmie, extrasistoli e tachicardia e negl'individui di più di 50 anni sintomi di angina ed aortalgia con bradicardia tra un attacco e l'altro, mentre la pressione è di solito normale, non esiste ipertrofia cardiaca e solo l'aorta è dilatata. John trovò durante il fumo aumento della pressione sistolica e diastolica, la quale cade al normale con l'astinenza. Favager notò aritmia, bradicardia o tachicardia.

Neuhof osservò parecchi casi di extrasistoli, uno di fibrillazione auricolare ed uno di blocco seno-auricolare.

Pezzi e Clerc notarono due fasi dell'avvelenamento tabagico: una prima bradicardica ed una seconda tachicardica. Nella prima osservarono occasionali arresti auricolari con aritmia ventricolare e meno frequentemente fibrillazione auricolare. Nella fase tachicardica osservarono riduzione del tempo di conduzione auricolo-ventricolare, conduzione retrograda, extrasistoli auricolari o dissociazione auricolo-ventricolare incompleta.

Cushny dimostrò sperimentalmente che la nicotina provoca disturbi del ritmo cardiaco attraverso azione neurotropica sulle terminazioni ganglionari del vago e del simpatico. Si hanno perciò due effetti opposti, rallentatori ed acceleratori.

Rolleston descrive due casi di gravi dolori anginoidi in medici e osserva che casi più lievi con oppressione e costrizione substernale sono tutt'altro che rari.

L'A. riporta un caso di angina pectoris tabagica verificatosi in un individuo di 61 anni forte fumatore di sigarette. I fatti salienti di questo caso erano i seguenti: inizio capriccioso dell'attacco per lo più nel completo riposo e senza alcuna delle cause che di solito sogliono scatenare l'accesso classico di angina pectoris; la estrema violenza e durata del dolore; la sorprendente ritmicità degli accessi; l'assenza di ogni modificazione del colorito del volto; l'assenza di segni fisici e di alterazioni del polso durante l'accesso; la scomparsa degli accessi dopo tre mesi dalla cessazione dell'abitudine di fumare; la presenza di un certo grado di sensibilizzazione in quanto il soggetto aveva ancora un lieve dolore anginoide ogni qual volta si trovava in un ambiente dove si era fumato.

Tutti questi fatti costituiscono elementi per la diagnosi differenziale dall'angina comune dipendente da lesioni aortiche o coronarie.

Nel caso in quistione, data anche l'età del soggetto e dato il fatto che gli accessi cessarono solo dopo tre mesi dall'inizio dell'astinenza e che essi si verificarono ancora quando il soggetto si trovava in ambiente dove si fumava, può far pensare che il tabacco abbia agito su un cuore già predisposto.

Ma vi sono casi nei quali effettivamente l'angina si produce all'infuori di ogni sospettabile vaso- o cardiopatia.

Al riguardo l'A. riferisce il caso di un individuo di 51 anni in cui l'esame più scrupoloso del cuore non mise in evidenza alcuna alterazione organica o funzionale. Egli era un forte fumatore di avana. Gli attacchi anginoidi si presentarono improvvisamente, si ripeterono con estrema intensità anche nel più completo riposo, e cessarono dopo sole sette settimane dall'inizio dell'astinenza senza mai verificarsi più in qualsiasi situazione.

In una donna di 35 anni strenua fumatrice di sigarette si presentarono dolori anginoidi di estrema violenza, senza che mai fossero accompagnati da modificazioni del colorito e della funzionalità cardiaca. Il cuore e i vasi erano perfettamente sani. Gli accessi scomparvero dopo otto settimane dalla cessazione dell'abitudine del fumo.

Queste osservazioni in relazione a quelle già registrate dalla letteratura portano alle seguenti conclusioni:

1) Il tabacco può provocare sintomi molto simili alla comune angina pectoris.

2) La varietà del tabacco usato ha poca importanza.

3) Il dolore dell'angina tabagica è più intenso e più duraturo e non è accompagnato da nessuno o solo da lievi disturbi della funzione cardiaca.

4) È probabile che in pazienti che hanno avuto angina tabagica rimane una specie di sensibilizzazione.

5) Vi sono due specie di angine tabagiche: *a*) quelle nelle quali non vi è alcun segno di alterazione cardiaca; *b*) e quelle nelle quali si riscontrano segni di disturbi della conduzione intraventricolare associata con lesioni coronarie o aortiche; in queste ultime è probabile che il fumo rappresenti solo la causa occasionale dell'angina.

6) Per eliminare i disturbi cardiaci da tabagismo occorre l'astinenza assoluta.

7) I dolori anginoidi tabagici non cessano subito dopo l'inizio dell'astinenza ma qualche tempo dopo.

8) Non è noto il meccanismo dell'angina tabagica; forse è dovuta all'azione vasocostrittrice della nicotina.

DR.

ORGANI DIGERENTI.

Produzione sperimentale di ulcera gastro-duodenale col pasto fittizio alla Pawlow.

(SILBERMANN. *Zentralb. f. Chir.*, 1927, n. 38, pagina 2385).

Per la produzione sperimentale dell'ulcera dello stomaco sono stati usati vari mezzi: iniez. endov. di varie sostanze velenose (Chettin), legatura di vasi (Payr), estirpazione delle paratiroidi (Keropian), vagotomia, alterazioni di gangli nel cervello o nello stomaco (Burdenko, Kirchow), irradiazione con raggi röntgen (Wölfer). Vi sono inoltre esperimenti che ricercano il valore patogenetico di stimoli naturali come l'aumento dell'acidità e della potenza digestiva del succo gastrico ed osservazioni cliniche varie come quelle di ulcere digiunali dopo g. e. per contenuto acido dello stomaco, assenza di ulcere dopo piloroplastiche, e g. e. per carcinoma, produzione di ulcere dopo esclusione del piloro, o trapianto degli sbocchi coledoco e pancreatico, l'azione della colecistogastrostomia nelle ulcere gastriche (Bogoras); tutti fatti che dimostrano che la patogenesi dell'ulcera è legata con la potenza del succo gastrico.

Sapendo che la secrezione psichica possiede un forte potere ha disposto le esperienze secondo il pasto fittizio di Pawlow col quale si ha ipersecrezione ed iperacidità per qualche ora.

Ha sperimentato su 23 cani sui quali praticata l'esofagotomia al collo abboccava i due capi alla pelle e dopo qualche giorno iniziava l'esperimento del pasto fittizio. Questo durava da 40 a 60 minuti ed era ripetuto 3 volte al giorno alla stessa ora. In 5 dei 23 cani l'esperimento fu interrotto tra 10 e 13 giorni ed in essi non furono trovate alterazioni, negli altri 18 le esperienze proseguirono per un tempo da 14 a 49 giorni e furono in tutti trovate lesioni gastroduodenali alla sezione anatomica. Negli animali sacrificati nei primi giorni di esperimenti trovò piccole erosioni mucose negli altri in seguito ulcerazioni profonde, uniche, o multiple con localizzazione nello stomaco o nel duodeno. In tali ulcere con l'esame istologico si mise in evidenza una necrosi delle ghiandole, distruzione omogenea della sottomucosa, iniezione vasale e scarsa infiltrazione parvicellulare.

In due cani esaminando il succo gastrico per mezzo di una sonda trovò una iperacidità e specialmente un alto contenuto di acido cloridrico libero. Come controllo ha sacrificato 14 cani normali o sottoposti ad altri esperimenti e non ha mai riscontrato ulcere.

Concludendo ammette che il pasto fittizio produce una gastroduodenite con ulcerazioni microscopiche che sono poi complete verso la fine della 2ª settimana dell'esperimento; che l'abboccamento dei due monconi di esofago al collo è da preferirsi perchè non modifica le condizioni anatomiche dello stomaco come la comune fistola; che l'importanza del succo acido gastrico è da ammettersi chiaramente nella patogenesi dell'ulcera gastro-duodenale.

R. BRANCATI.

Flora microbica delle appendiciti acute.

(WEINBERG, PRÉVOT, DAVESNE et BENARD. *Soc. de Biol.*, 10 marzo 1928).

Dopo la guerra Weinberg aveva pensato, in base alle ricerche di Veillon dalle quali risultava nella flora microbica dell'appendicite il perfringens insieme con altri germi, di utilizzare nelle complicazioni gravi dell'appendicite il siero antigangrenoso preparato per combattere la gangrena gassosa.

La previsione è stata esatta. Intanto hanno cominciato col rivedere tutta la flora dell'appendicite gangrenosa studiandone circa 200 casi complessivamente. L'esame all'ultra microscopio ha fatto escludere, al contrario di quanto si ha nella gangrena polmonare, l'importanza delle spirochete che sono state presenti soltanto 3 volte. Le specie batteriche sono numerose e primeggiano il b. coli, l'enterococco, cocchi e streptococchi, il b. perfringens, il b. ramosus, anaerobi, Gram negativi, ecc. La flora è raramente soltanto aerobica o anaerobica, ma più spesso aero-anaerobica ed in generale polimicrobica e variabile e ciò forse in rapporto coi diversi regimi dietetici. Così per esempio il bacillo pseudotetanico molto frequente in Svizzera come hanno dimostrato Lanz e Tavel è raro nei malati di Parigi.

Come nella gangrena gassosa la flora è varia nell'appendicite. Il b. coli esiste nell'85 % dei casi. Poi come frequenza viene il perfringens che mentre secondo autori americani sarebbe presente dal 90 al 100 % sarebbe nei casi degli autori presente in circa il 30 %. La differenza consiste nella tecnica dell'isolamento. Oltre questi due germi sono stati trovati tutti gli altri soliti della gangrena gassosa: vibrione settico, bacillo istolitico, spongenes, bifermentans. Oltre le forme patogene esistono altre non patogene che aggiunte alle prime sono capaci di esaltarne la virulenza.

Per la preparazione di un siero è inutile tener conto di tutte le forme batteriche, ma soltanto occorre preparare un siero polivalente contro le specie più patogene.

Alcuni chirurghi hanno già usato questo siero antigangrenoso e fra questi Delbet ne ha fatto un largo uso nei casi di complicazioni infettive gravi dopo appendicectomia. In due casi di malati in coma l'iniezione endovenosa di forti dosi

di siero antigangrenoso ha fatto cambiare rapidamente il quadro e apportata in tutt'e due la guarigione.

Delbet usa il siero correntemente sia preventivamente sia per combattere gli accidenti postoperatori e l'A. riporta un caso di Pierrot di grave attacco appendicolare raffreddato rapidamente mediante due iniez. sottocutanee di 60 cmc. di siero antigangrenoso polivalente. Ciò consiglierebbe l'uso del siero in quei casi venuti al chirurgo in un periodo tardivo in cui è più prudente attendere in modo da aversi un rapido raffreddamento cioè la condizione più favorevole per l'intervento.

R. BRANCATI.

DERMATOLOGIA.

Il trattamento esterno delle malattie pruriginose.

(GOUGEROT. *Rev. Esp. de Urol. y Dermat.*, maggio 1927).

Il trattamento esterno riesce utile anche nei pruriti parassitari; nei pruriti chiamati essenziali costituisce l'unica medicazione efficace.

È necessario in primo luogo disporre di parecchi mezzi, al fine di poterli variare per lo stesso malato, il quale però deve avere molta pazienza, non essendovi nulla di più disperante che il trattamento di alcuni pruriti. I seguenti procedimenti possono essere anche associati vantaggiosamente.

1º *Bagni*, molto caldi o freddi, di crusca, di amido, di camomilla, di aceto. Si faranno però con prudenza, potendo a volte aggravare il prurito.

2º *Lozioni* molto calde o fredde, al mattino o alla sera e nei momenti di crisi, con acqua acetata (100 a 300‰) con acido salicilico (0.25 a 1 ‰), con resorcina (10 a 20 ‰, con salicilato e bicarbonato di sodio associati (1 a 10 ‰). Bisogna però andare sempre molto cauti con le sostanze irritanti, sopratutto se si tratta di eczematosi o di individui delicati.

Nei punti più pruriginosi è vantaggioso applicare per qualche ora, durante la notte, impacchi umidi fatti con compresse bagnate con una delle citate soluzioni.

3º Vi sono sostanze che si possono adoperare sia sotto forma di unzioni che di lozioni: soluzione acquosa di nitrato d'argento all'1 per 10, due volte la settimana nei pruriti localizzati, alcool canforato, resorcinato (2 a 5 %), mentolato (1 a 2 %).

4º *Polveri*: di amido, di licopodio, ecc., porveri semplici o associate con sostanze antipruriginose (canfora, mentolo, acido salicilico (1 a 3%); per le grandi estensioni cutanee sarà preferibile l'amido. Per es.:

Amido . . . . gr. 70
Carbonato di bismuto
Ossido di zinco
Talco . . . . anagr. 10
Acido salicilico . . . . gr. 1 a 3

oppure:

Amido . . . . gr. 60
Talco . . . . » 20
Ossido di zinco
Canfora
Mentolo . . . . anagr. 2

od anche:

Radice di belladonna polverata . . . . gr. 2
Sottonitrato di bismuto . . » 10
Polvere di licopodio . . » 40

5º *Paste e pomate*. Gli eccipienti saranno *cold-cream* fresco, le paste all'ossido di zinco, i glicerolati d'amido fatti con glicerina pura, ecc.

Detti eccipienti si usano puri o con ossido di zinco, caolino, talco (paste inerti).

Queste paste inerti, si usano pure o mescolate con uno dei seguenti corpi: mentolo (1 a 2 %), canfora (1 a 2 %), acido salicilico (1 a 2 %), fenico (1 a 2 %). Può anche essere incorporato alle paste uno dei corpi indicati a proposito delle lozioni: resorcina (1-20 %), cianuro di potassio (0,20 %), fenolo (1-2 %). In alcuni pruriti localizzati intollerabili si potrà anche usare la cocaina, la morfina, la stovaina.

Per es.:

Ossido di zinco
Talco
Olio di mandorle dolci . anagr. 30
Mentolo
Guaiacolo
Canfora . . . . anagr. 1

oppure:

Cocaina . . . . gr. 1
Ossido di zinco
Amido
Talco
Acqua
Glicerina . . . . . . anagr. 10

6º Se tutti i mezzi precedenti non apporteranno alcun beneficio, si potrà far uso di empiastri sia semplici sia mescolati a sostanze antipruriginose (alla resorcina, all'acido salicilico).

7º Nei pruriti fugaci, recidivanti mobili o localizzati, per esempio, nell'orticaria, si potranno alleviare le sofferenze degli infermi con:

Mentolo . . . . gr. 10
Alcool canforato
Etere
Cloroformio . . . . anagr. 30

A. POZZI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

A. MURRI. *Saggio di perizie medico-legali*. 3ª edizione. Editore Zanichelli, Bologna. Prezzo L. 18.

Il valore di questo libro può essere misurato dal ritmo delle edizioni: in pochi anni si è giunti alla 3ª edizione.

In effetti questi saggi di perizie non interessano soltanto i medici-legisti, ma soddisfano il gusto critico ed il desiderio di sapere di ogni medico.

Il bisogno di spiegare a non medici intricate e complesse quistioni di patologia e clinica, ha fatto sì che il Murri abbia superato sè stesso nel rigore e nella precisione del ragionamento.

Queste perizie assumono così la forma di vere lezioni cliniche, nelle quali la profondità dei concetti è resa trasparente dall'estrema limpidezza della forma.

Questo libro interessa ed avvince non solo perchè è un ricco tesoro di notizie, un modello di dialettica clinica, ma anche perchè gli spunti polemici e l'eleganza della forma gli conferiscono l'aspetto di un'opera letteraria.

V. ASCOLI.

L. CASTALDI. *Accrescimento corporeo e costituzioni dell'uomo*. Niccolai, Firenze, 1927. Pagg. 350, L. 50.

L'opera che il prof. Castaldi pubblica non potrà che riscuotere l'unanime consenso ed il plauso di quanti la leggeranno e la mediteranno. Con essa l'A. ci fornisce non solo una pregevolissima, ampia ed aggiornata esposizione di tutto quanto fino ad oggi si è scritto su problemi di così alto interesse per la biologia e per la medicina clinica, ma, e questo è di certo il pregio maggiore, una precisa e selezionata esposizione di fatti come poteva farsi solo da un cultore e da un conoscitore della materia della forza del Castaldi. L'aver prestata cura speciale a porre in evidenza i risultati conseguiti dai nostri nello studio dei problemi della costituzione aggiunge ancora un pregio ai tanti altri del libro in quanto, come giustamente il Chiarugi nota nella prefazione, « i fenomeni dell'accrescimento presentano secondo le popolazioni variazioni non lievi delle quali si deve tener conto nella valutazione di fatti patologici ». Ciò deve rendere il libro assai più utile ai nostri di quanto non lo siano trattati stranieri del genere ai quali nulla ha da invidiare il volume che viene alla luce.

D. M.

F. NEGRO. *Malattia di Parkinson e Sindromi Parkinsoniane*. Editori Lattes e C. Torino. Prezzo L. 30.

L'A. pubblicò sull'argomento nel 1923 una monografia, che ora notevolmente aumentata ed opportunamente aggiornata ha assunto la veste di una trattazione completa.

La clinica, l'anatomia patologica del morbo di Parkinson e delle sindromi parkinsoniane sono esposte in modo esauriente, con la descrizione e l'analisi dei singoli disturbi della motilità, della sensibilità, del trofismo, delle secrezioni, delle varie funzioni organiche e psichiche.

Il libro si chiude con una ricchissima bibliografia.

DR.

A. POROT. *Les sindromes mentaux*. Prezzo Fr. 55. Editori Doin & C., Parigi.

L'A. tenta in questa sua opera una classificazione nosografica delle malattie mentali, intesa a rendere più agevole l'orientamento del medico pratico.

In questo primo fascicolo sono trattati gli stati confusionali messi in rapporto con la medicina generale: sindromi mentali da infezioni, da intossicazioni, da malattie del ricambio, di origine traumatica, organica, endocrino-vegetativa e psicogena.

DR.

R. MALLET. *Les obsédés*. Prezzo Fr. 12. Editori Doin & C. Parigi.

Volumetto della *Collection des Actualités de Médecine pratique*, dedicato alle ossessioni.

La diagnosi, la prognosi e la cura di questi disturbi mentali sono esposti sobriamente, chiaramente.

Per la migliore comprensione della essenza e del decorso della forma mentale l'A. riporta la storia di parecchi casi clinici.

DR.

STEKEL. *Zwang und Zweifel*, 2ª parte. Prezzo Marchi 32. Editori Urban und Schwarzenberg. Berlino e Vienna.

È la seconda parte del nono volume dell'opera mastodontica di Stekel, dedicata ai disturbi della vita istintiva e affettiva.

Continua la trattazione sull'ossessione e il dubbio con ricco materiale clinico e sottili argomentazioni interpretative.

Anche se si deve dissentire dai principi che informano l'opera dello Stekel, si deve riconoscere nel fecondo e laborioso psicanalista dissidente da Freud, un non comune senso clinico ed un fine intuito psicologico.

DR

(1) **Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.**

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 26 maggio 1928.

Presidente: Prof. R. ALESSANDRI.

Esiti lontani dell'operazione di Lance in un caso di osteocondrite deformante dell'anca, con sublussazione.

DOMINICI Prof. L. — L'O. dopo aver tratteggiato brevemente le caratteristiche della malattia, ricorda che il Lance, contrariamente a ciò che è la tendenza generale, ha proposto ed attuato un intervento operatorio in questa forma morbosa.

Nell'aprile 1926 l'O., eseguì l'operazione di Lance, consistente nello scavare una opportuna cavità alla testa del femore, e nell'assicurarne la durata con trapianti ossei, in un ammalato che presenta, e che gode attualmente di una perfetta guarigione.

Strozzamento erniario in una fossetta retrocecale in individuo già operato per prolasso del retto.

DOMINICI Prof. L. — L'O. comunica il caso di un individuo, che dopo essere stato da lui operato per prolasso del retto di 3° grado, presentò uno strozzamento erniario, dovuto all'incarceramento dell'intestino in una fossetta retrocecale; l'operazione, durante la quale venne chiusa la fossetta, ebbe esito favorevole. L'O. mette in rapporto ambedue i fatti con anomalie di coalescenza del peritoneo, dovute ad una mancanza di normale sviluppo della sierosa. Termina riepilogando l'anatomia delle fossette cecali, e ricordando che mentre quelle pre-cecali sono costanti, quelle retrocecali costituiscono una vera anomalia.

Il Prof. MARGARUCCI prende occasione dalla comunicazione del prof. Dominici per comunicare che egli ha osservato casi di coliche ripetute dovute a temporanei incarceramenti di anse intestinali nella fossetta ileo-cecale inferiore; tali forme, che possono scambiarsi clinicamente con coliche appendicolari, debbono essere curate chirurgicamente con la distruzione della fossetta.

Il Prof. DOMINICI rileva che casi consimili possono aversi anche per incarceramenti nella fossetta ileo-cecale superiore.

Come si costituiscono le supposte associazioni fuso-spirillari.

ALESSANDRINI Prof. A. e PAMPANA Dott. G. — Il prof. ALESSANDRINI, richiamando precedenti lavori di Sanarelli, conferma che lo spirochete e i batteri fusati della cosidetta associazione fuso spirochetica, non sono che due forme del polimorfismo di uno stesso microbo, l'*Heliconema vincenti* Sanarelli.

Dopo aver ricordato quanto sia difficile la coltura di questo microbo con i terreni attualmente adoperati (terreni alla Tarozzi, filtrati di varie colture batteriche, ecc.), propone un nuovo terreno colturale consistente in un infuso di carne, eventualmente peptonato e salato, che si adopera allo stato di freschezza, dopo averlo sterilizzato con la filtrazione per candela.

In questo terreno anche il vibrione di Finkler e Prio dà delle tipiche forme fusate.

A proposito di questo nuovo terreno, l'O. rileva un interessante fatto: premesso che il terreno, rosso rubino all'origine per l'ossiemoglobina che contiene, diviene giallo se mantenuto in termostato, per trasformazione dell'ossiemoglobina in metaemoglobina, si osserva che quando vi venga coltivato l'Heliconema Vincent, riprende il colorito rosso. Indagini chimiche e spettroscopiche dimostrano che ciò avviene perchè sotto l'azione dello sviluppo microbico la metaemoglobina si trasforma nuovamente in ossiemoglobina.

Un eguale comportamento si osserva anche in seguito alla coltura di parecchi altri batteri.

Caso di anisomastia associata a sindrome talamica.

ALTSCHUL Dott. R. — (Parla il Prof. AYALA che ha presentato la comunicazione). — L'O. rileva che i frequenti casi di anisomastia che si osservano, vengono abitualmente descritti come semplici curiosità anomali. Nel caso presente l'anisomastia è stata preceduta da una lesione talamica: l'ammalata che ora ha 20 anni, all'età di 10 anni, e cioè avanti la pubertà, in seguito ad una caduta da cavallo riportò infatti una lesione talamica.

L'O. pone pertanto il quesito se tale lesione, agendo sui centri trofici, può aver determinato l'anisomastia. Ma per ciò occorrerebbe ammettere che nel talamo vi siano centri trofici, che fino ad oggi non sono stabiliti.

Ricerche farmacodinamiche, eseguite con la somministrazione di pilocarpina, hanno dimostrato nell'ammalata delle alterazioni simpatiche nella regione: infatti si è avuto iperidrosi dal lato della mammella atrofica ed ipoidrosi dal lato della mammella normale. Rimanendo pertanto dimostrato un'alterazione di centri simpatici in una lesione talamica, non sarebbe impossibile ammettere anche la lesione di centri trofici.

Ad ogni modo l'O. tiene a dichiarare che il caso è presentato solo a titolo di una documentazione clinica, per richiamare l'attenzione degli studiosi su questi fenomeni, senza la pretesa di voler concludere definitivamente sopra una singola osservazione.

Il Prof. ALESSANDRI osserva che le anisomastie sono frequenti anche indipendentemente da lesioni nervose.

Il Prof. AYALA crede che tuttavia meriti di studiar attentamente questi ammalati sotto il punto di vista del sistema nervoso.

Ricerche sul sito di formazione della bilirubina.

ASCOLI Dott. M. e FIORETTI Dott. A. — Dopo aver ricordato che lo stato attuale delle nostre cognizioni porta a credere che almeno la maggior parte della bilirubina sia formata dal fegato, l'O.

passa ad esporre alcune ricerche sperimentali eseguite in cani operati di nefrectomia e di esclusione del fegato, nei quali veniva inoculato sangue laccato.

Le ricerche portano una conferma alla teoria della formazione epatica della bilirubina.

Ulcus perforans in tabetica guarita con la malarioterapia.

De Angelis Dott. E. — L'O. comunica il caso di una tabetica, affetta da ulcus perforans da due anni; in seguito alla malario-terapia, con 10 accessi febbrili, l'ulcus volse rapidamente alla guarigione e cicatrizzò in un mese. La guarigione perdura da due mesi.

Il Prof. Dalla Vedova rende noto un caso da lui osservato di ulcus in tabetico, che non venne migliorato dalla malario-terapia.

Il Prof. Pontano si domanda se la guarigione non possa essere atribuita semplicemente al riposo cui venne sottoposta la paziente. Egli afferma di aver veduto degli ulcus tabetici guarire in tal guisa. Osserva poi che la malario-terapia, ottima nella paralisi progressiva, non ha apportato notevoli vantaggi nella tabe, nè in altre affezioni nervose.

Il Dott. De Angelis, pur non volendo generalizzare sui benefici effetti della malario-terapia nella tabe, osserva che frequentemente questa forma di terapia arresta l'atrofia dei nervi ottici ed i dolori lancinanti. Nel caso presente, che data da due anni, egli rimane convinto che la guarigione debba essere riportata alla malario-terapia, tanto più che si è arrestata anche l'atrofia dei nervi ottici e sono cessati i dolori lancinanti.

Il Segretario: Prof. V. Puntoni.

Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 25 marzo 1928.

Un chirurgo nell'apoteosi del giudizio finale di Michelangelo?

Prof. Angelucci Arnaldo. — Il chirurgo sarebbe Realdo Colombo che chiamato a Roma da Paolo IV guarì Michelangelo del male di pietra.

Nell'ultima edizione delle rime di Michelangelo, edita a Firenze da pochi mesi, Giovanni Papini scrive con la sua consueta incisiva crudità: Michelangelo amò anche uomini come un uomo può amare la forma perfetta di un corpo.

L'amore di Michelangelo per il bel corpo da efebo di Tommaso dei Cavalieri data due anni avanti la dipintura del Giudizio Finale. Il suo attaccamento a Vittoria Colonna all'inizio del dipinto.

L'oratore conclude dimostrando l'amore al corpo ignudo che fu il trasporto artistico di Michelangelo ed assurda la traccia lanciata a lui di omosessualità, e come Napoli possiede una copia autentica del Giudizio così come l'ha dipinto Michelangelo.

Sindrome neurotrofica di origine dentaria.

Prof. Corrado D'Alise. — L'O., dopo avere accennato alla impressionante frequenza delle malattie dentarie dell'era contemporanea, ed al salutare risveglio della classe medica nella valutazione ed apprezzamento delle relazioni tra esse e le malattie degli altri organi e tessuti del corpo umano, illustra un caso clinico di associazioni di neurastenia con alopecia della regione anteriore mandibolare sinistra ed erpete retroauricolare dello stesso lato e guarite in seguito alla semplice estrazione del secondo molare inferiore, affetto da periodontite cronica senza suppurazione ed indolente. In questo caso l'O. sostiene che la malattia dentaria è stata la causa determinante dell'alopecia e dell'erpete, mentre per la neurastenia essa ha agito come causa concorrente in un individuo artritico e stanco mentalmente. Conforta la sua affermazione, oltre che della cura dentaria, con ricordi di anatomia e fisiopatologia dell'apparecchio dentario, e delle connessioni anatomiche nervose del sistema gengivo-dentario con i filetti destinati alle innervazioni dei tegumenti della faccia e del collo.

In ultimo l'O. conchiude raccomandando una maggiore valutazione della fisiopatologia del sistema dentario ed un maggiore rilievo delle condizioni orali in tutte le malattie umane, specialmente nelle cliniche universitarie e negli ospedali, e ciò non solo per il bene dell'umanità sofferente e per il progresso delle scienze mediche, ma ancora per addestrare i giovani medici all'esame completo del corpo umano nello stato normale e patologico.

Le correnti di alta frequenza per la cura dei tumori della vescica.

Prof. Ettore Pellecchia. — Delle correnti di alta frequenza la diatermia è il metodo più efficace per la cura di alcune specie di tumori della vescica (i benigni) rispetto all'altro metodo della scintillazione, non solo, ma anche rispetto agli altri metodi chirurgici e fisici finora impiegati.

La detta cura incruenta, si pratica a mezzo degli svariati cistoscopii, portando l'elettrode attivo nella vescica e sotto il controllo vista si tratta il tumore.

La sua efficacia terepeutica è la conseguenza dedotta dagli effetti del metodo su un centinaio di ammalati di tumori della vescica, non solo da me curati da circa una quindicina di anni fino ad oggi; ma ancora dalla numerosa casistica di molti altri autori per cui oggi la diatermia deve essere adottata come metodo curativo.

L'effetto di questo metodo è la radicale distruzione del tumore rispetto agli altri metodi sia cruenti che incruenti, riuscendo con la diatermia a distruggere l'impianto del tumore nella compagine dei tessuti della vescica, effetto che non si ottiene nè con l'asportazione chirurgica, nè col termocauterio, nè col galvanocauterio, per cui la

facile riproduzione dopo siffatte terapie. Per il passato ha anche adoperato il metodo della scintillazione, ma ora preferisce la diatermia, perchè l'effetto è più rapido e più sicuro per la distruzione del neoplasma.

La diatermia presenta i seguenti requisiti:

1) Ha una efficacia radicale terapeutica; 2) sterilizza distruggendo e siccome non apre vasi, elimina il pericolo di dissemina vicina di elementi neoplastici, nonchè di metastasi lontane; 3) non determina emorragie perchè trombizza i vasi per effetto della elettrocoagulazione; 4) è indolore.

Ha curato con la diatermia tutti i tumori peduncolati della vescica che ha avuto l'opportunità di osservare, e che sono i benigni; qualcuno anche a larga base d'impianto, ma non infiltrato.

Per i tumori maligni operabili i sessili, adopera l'escissione chirurgica, previa sectio alta, e consecutivamente applicazione di diatermia sull'impianto del tumore a vescica aperta. Chiusasi la vescica, ripete qualche applicazione endoscopica sulla cicatrice, dove preesisteva il tumore.

Per quelli inoperabili, infiltrati, la diatermia può riuscire solo efficace per arrestare emorragie ribelli agli altri mezzi impiegati.

L'O. conchiude quindi:

1) che i tumori benigni della vescica si debbono curare incruentemente con la diatermia portata direttamente nell'organo con gli svariati cistoscopii;

2) che i tumori maligni operabili, non infiltrati, debbono essere escissi con la epicistotomia, con consecutiva applicazione della diatermia sull'impianto, a vescica chiusa poi ripetere con il cistoscopio qualche altra applicazione diatermica sulla cicatrice del tumore;

3) che per i tumori maligni inoperabili, infiltrati cioè, la diatermia potrà riuscire solo utile per le emorragie.

Seduta del 29 aprile 1928.

Osservazioni sopra alcuni casi di gastrectomia.

FALCONE prof. ROBERTO. — L'O. riporta la sua statistica di interventi gastrici, negli ultimi otto anni, nel numero di settanta e dopo di avere illustrato la percentuale di mortalità molto bassa ed i risultati incoraggianti, si sofferma su dieci gastrectomie eseguite, di cui 7 per cancro e 3 per ulceri. Dalla sua esperienza personale egli trae le seguenti conclusioni:

1) nei casi di ulceri la resezione piloro-duodenale adottata sistematicamente è probabilmente eccessiva e deve essere riservata a casi singoli e contingenze speciali, vagliata infermo per infermo. La gastroenterostomia semplice può dare successi brillanti, duraturi ed esenti da complicanze tardive offrendo in cambio un pericolo molto minore per l'infermo;

2) Data la estensione attuale dei limiti di operabilità, sia dal lato tecnico che anatomo-patologico dei cancri gastrici, un intervento esploratore si impone sempre, anche in tumori voluminosi e clinicamente avanzati, poichè è spesso possibile un'operazione radicale, che dia o la guarigione o una lunga sopravvivenza;

3) la gastrectomia in un sol tempo sembra preferibile perchè più semplice e meno traumatizzante che quella in due tempi; questa può essere riservata come casi di forza maggiore, in infermi molto debilitati e all'estremo di forze;

4) la ricostituzione del tubo gastro-enterico non deve esser fatta secondo un programma stabilito, ma il processo deve essere scelto ed applicato caso per caso. Per il punto più importante e delicato dell'intervento, a meno che non si esegua una Billroth I, la chiusura cioè del moncone duodenale, l'O. preconizza una sua tecnica speciale, che offrirebbe il massimo di garanzia e di solidità.

C. BOSSA.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 30 marzo 1928.

Paralisi della convergenza e conservazione degli altri movimenti isolati ed associati dei bulbi oculari, esito di encefalite epidemica.

Prof. ROASENDA. — Premessi i dati bibliografici sull'argomento della esistenza dei centri sopranucleari e sui motivi che indicono ad ammetterli, presenta un malato, stato affetto da encefalite epidemica, in cui per le manifestazioni ancora in atto si è indotti a pensare ad una paralisi della convergenza per lesioni dei relativi centri sopranucleari o delle loro vie.

L'O. ritiene che i disturbi dei movimenti associati dei bulbi oculari senza parallelismo degli assi, dovuti ad esiti di encefalite epidemica, si possano così raggruppare:

1) disturbi della convergenza per lesione dei centri sopranucleari o delle loro vie;

2) disturbi della convergenza per rigidità muscolare da probabile origine sarcoplasmatica: rigidità paragonabile a quella degli altri muscoli del corpo di siffatti ammalati;

3) disturbi della convergenza di origine riflessa (vie labirintiche: Duverger e Barrè);

4) disturbi della convergenza per miastenie da paresi leggere dei muscoli retti interni (paragonabile alle miastenie di origine periferica: C. Negro).

Neuriti multiple su base infettiva e tossica messe in evidenza da prolungati od esagerati sforzi muscolari.

Prof. ROASENDA. — 1) Presenta uno chauffeur, alcoolista, che per causa della professione aveva in continuo esercizio i muscoli della gamba e del piede di destra che per di più erano sottoposti a causa reumatizzante e che ebbe paresi nel territorio dello sciatico popliteo esterno e di quello interno.

2) L'O. riferisce di aver osservato un caso analogo.

3) Riferisce in seguito di un giovane rematore, il quale, preparandosi ad una gara, ebbe delle vescichette al palmo della mano, che apertesi, si infettarono e successivamente provocarono un flemmone, guarito con intervento chirurgico: ha notato però parestesie lievi nel campo del mediano e del cubitale, che andarono man mano attenuandosi. Dopo parecchi mesi dopo aver iniziato l'allenamento ad altre gare si manifestò una paralisi grave nei territori dei nervi cubitale e madiano.

4) L'O. ha osservato un caso analogo in altro rematore.

L'O. rilevata l'identità della sintomatologia osservata nei casi 1 e 2, 3-4 fa notare che in tutti i casi l'esplosione dei fatti clinici è seguita ad alterazioni nevritiche latenti.

Sull'iperglobulia nell'ulcera duodenale. (Ricerche cliniche)

Dott. M. MAIRANO-Dott. F. PLACEO. — Gli OO. espongono i risultati delle loro ricerche eseguite su 23 ammalati di ulcera duodenale, otto di ulcera gastrica e 5 di altre affezioni della regione epigastrica e dell'ipocondrio destro (periduodenite, pericolecistite, aderenze epatoduodenali, ecc.).

Riferiscono che in 21 casi su 23 di ulcera duodenale, di cui 15 confermate all'atto operativo, venne riscontrato un'aumento dei globuli rossi con cifre varianti da 5 milioni a 6.700.000 al contaglobuli di Thomas-Zeiss ed a quello di Burcker.

Anche i valori dell'emometria risultarono alquanto elevati raggiungendo in un certo numero di casi cifre da 90 a 100 all'emometro del Sahli.

Nei casi di ulcera gastrica, 5 dei quali vennero confermati all'intervento, non si riscontrò aumento dei globuli rossi, variando i valori da 2.500.000 a 4.850.000 e così pure non si riscontrò aumento dell'emometria.

I risultati ottenuti confermerebbero quelli già segnalati per primo da Friedmann nel 1913, il quale avrebbe pure osservato negli ammalati di ulcera duodenale un'iperglobulia, che raggiungeva in certi casi valori da 7 ad otto milioni di globuli e valori emometrici fino a 120.

Anche Friedmann ha riscontrato in un'alta percentuale dei suoi casi questo sintoma che non esisteva negli ammalati di ulcera gastrica. Gli OO. riunendo i loro casi con quelli di Friedmann mettono in rilievo l'alta frequenza di questo sintomo per cui ritengono che esso meriti di essere preso in considerazione e che gli si debba assegnare un posto nella semeiologia delle affezioni ulcerative del duodeno e che si debba tenere in considerazione questa iperglobulia nella diagnosi differenziale tra l'ulcera del duodeno e quella dello stomaco e le altre affezioni morbose degli organi a sede nella regione epigastrica o nell'ipocondrio destro.

Dott. G. VILLATA, *segretario*.

Accademia Medica Pistoiese.

Seduta del 24 marzo 1928-VI.

Presiede il prof. dott. C. CANTIERI.

Eccezionale rottura vulvare nel travaglio di parto.

Dott. ROMAGNOLI. — L'O. espone un caso di primipara a termine affetta da atresia dell'ostio vulvare, parto spontaneo. All'arrivo in Ospedale si nota come l'ostio vulvare sia completamente distaccato, ad eccezione della parte superiore, e come il feto, fattosi strada attraverso l'abbondante lacerazione, sia uscito dalla breccia stessa sollevando e respingendo in alto l'anello vulvare.

L'O. eseguì la plastica vaginale con risultati soddisfacenti.

Un caso di spalla alta congenita o Morbo di Sprengel.

Dott. ROMAGNOLI. — L'O. mostra una scorta di radiogrammi in caso di un bambino di 4 anni affetto da spalla alta congenita mantenuta da un ponte osseo fra scapola e clavicola. Passa in rassegna le varie teorie che riguardano la spalla alta congenita, dichiarandosi fautore della teoria della mancata discesa della scapola e ritenendo che gli eventuali setti ossei possano essere dovuti, come già è stato provato da altri Autori a fenomeni di ossificazione di antichi setti muscolari o cartilaginosi.

Fa notare come nel paziente non si apprezzino lesioni a carico della colonna vertebrale. Discute poi i vari interventi ortopedici, chirurgici da eseguirsi in queste forme, dimostrando l'opportunità di far seguire ad un intervento chirurgico l'applicazione di busto, o minerva, gessati per un certo periodo di tempo.

Ascesso ossifluente della colonna dorsale in rapporto collo stomaco.

Dott. PARENTI. — L'O. riferisce su di un caso di Morbo di Pott. Le radiografie della colonna dorso-lombare mostrano gli esiti del processo operatorio di Albee eseguito nel 1921 in una grande clinica ortopedica italiana con la inserzione di una stecca ossea fra i processi spinosi spaccati dalla X dorsale alla II lombare.

La carie è a danno sopratutto della XI dorsale. Immediatamente sopra la stessa notasi un nuovo focolaio pottico a carico dell'VIII e IX dorsale che potrebbe attribuirsi alla creazione di un « locus minoris resistentiae » per la pressione aumentata sulle vertebre che sono venute a trovarsi subito sopra un tratto della colonna resa artificialmente rigida.

Dal focolaio pottico recente parte un vasto ascesso ossifluente che, in base alle radiografie presentate, appare molto probabilmente aver superato il diaframma e aver contratto aderenze con la parete posteriore dello stomaco, il quale infatti presenta nella porzione più alta del corpo una estroflessione a contorno irregolare che, per la sua situazione e forma, si ritiene dovuto a stiramento aderenziale. È sospettabile una comu-

nicazione fra ascesso e cavità gastrica, attraverso la notata aderenza, per i fatti clinici osservati (ripetuti vomiti con aspetto di crema, e afflosciamento di un ascesso superficiale paravertebrale dopo uno di tali vomiti).

Un caso di sifilide polmonare.

Dott. CAPPELLI. — Un uomo di 52 anni assai deperito è stato inviato per un esame radioscopico dell'apparato digerente, perchè da diverso tempo sofferente di stomaco.

Il reperto è stato negativo per lesioni organiche, è stato constatato invece un'ipertonia ed ipercinesi con spasmo pilorico e lieve ritardo nell'evacuazione gastrica.

Interessante invece il fatto che, avendo l'ammalato riferito di provare talvolta senso di oppressione alla regione sternale ed essendo stata eseguita una radioscopia del torace, mentre nulla di notevole fu osservato a carico dell'apparato cardio-vascolare, fu notata invece una grossa ombra a sede parenchimale occupante una buona parte della base di destra: un radiogramma eseguito dette il seguente reperto:

Alla base del torace destro grossa zona di opacità parenchimale non omogenea e a contorno irregolare unita da un grosso picciuolo all'ilo polmonare omonimo, la cui ombra è molto intensa ed ingrandita; strie ad opacità marcata si dipartono dal contorno dell'ombra.

Diaframma destro deformato e seno costo-diaframmatico opacato.

A sinistra aumento di visibilità del reticolo bronco-vasale ed ombra ilare fortemente opacata ed ingrandita.

Per la sede ed i caratteri dell'opacità, avendo escluso tubercolosi, ascesso, cangrena, cisti da echinococco, e la pneumomicosi, la diagnosi verteva fra neoplasma o sifilide (gomma).

Avendo l'ammalato ammesso di avere avuto in gioventù un'ulcera sospetta gli fu consigliata la Wasserann che riuscì positivissima. Fu subito iniziata una energica cura antiluetica con resultato di un rapido miglioramento delle condizioni generali del malato e della scomparsa di tutti i disturbi gastrici.

Nel radiogramma eseguito dopo 4 mesi si nota che anche l'ombra patologica è quasi totalmente scomparsa; permane solo accentuazione del pennello broncovasale sotto ilare con qualche chiazza d'ombra parenchimale disseminata.

Il caso è specialmente importante per la localizzazione sifilitica non frequente alla quale pur tuttavia è necessario pensare nelle affezioni polmonari il cui quadro radiologico, per aspetto, sede, ecc., non rientra in quello delle lesioni più comuni.

La scomparsa immediata di ogni disturbo gastrico dopo la cura antiluetica fa ritenere che tali disturbi siano da riferirsi all'infezione (gastrite luetica?).

Dott. GIUNTOLI. — L'O. presenta le immagini radiografiche di un caso di «*Morbo di Madelung*» in una bambina di 12 anni nella quale nel periodo di circa 2 mesi si era andata formando l'incurvatura palmare del radio e la lussazione dorsale irriducibile dell'ulna.

Esclude, nel caso in esame, qualunque influenza professionale, riferisce sui dati anamnestici ed obbiettivi dai quali si rileva solo un habitus linfatico e qualche segno di rachitismo pregresso. Ricordando le varie teorie nella patogenesi della deformità è propenso, per il caso in esame, ad ammettere una localizzazione rachitica tardiva: propone una terapia generale, calciovitaminica ed applicazione di raggi ultravioletti.

Il dott. VITTORIO BACCI (Pistoia), riferisce sopra un caso interessante di occlusione intestinale in un vecchio arteriosclerotico.

Il quadro della occlusione, a localizzazione certa nel tenue, fu completo culminando in un vomito fecaloide abbondante che si protrasse anche dopo che la canalizzazione intestinale si era ristabilita.

Ritiene siasi trattato non di ostruzione meccanica spontaneamente risoluta, ma di occlusione dinamica per disquilibrio vago-simpatico in relazione alle alterate condizioni del circolo dato lo stato arteriosclerotico del soggetto.

C. CANTIERI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Metodi pratici per ottenere un reperto positivo precoce di bacilli di Koch nell'espettorato.

Il reperto positivo precoce di bacilli della tubercolosi nell'espettorato è assai importante. J. Dundas-Grant (*Brit. Med. J.*, 14 apr. 1928) descrive dei metodi pratici da applicarsi nei casi in cui, coi metodi abituali, riesce spesso difficile mettere in evidenza i bacilli. In molti casi, pur essendo i sintomi clinici in favore della diagnosi di tubercolosi, l'esame dello sputo del paziente riesce negativo, e ciò è dovuto bene spesso al fatto che non è stato possibile ottenere un adatto campione di escreato. A molti malati riesce assai difficile di espettorare la secrezione bronchiale, che involontariamente inghiottono, e sputano soltanto un po' di saliva. Spesso si possono ottenere delle particelle di escreato più utili per l'esame microscopico invitando il malato ad espettorare nella sputacchiera, stando col capo piegato in avanti su di essa. Se questo mezzo fallisce, si può provocare la tosse per via riflessa, facendo annusare al paziente i vapori dell'olio volatile di senape, contenuto in una bottiglia. In genere basta fiutare per due o tre volte sul collo della bottiglia per avere dei colpi di tosse con emissione di escreato compatto e denso. L'A., che è laringoiatra in un Sanatorio, con il metodo su descritto ha spesso avuto dei reperti positivi, laddove i precedenti esami erano stati sempre negativi per il bac. di Koch. Un altro metodo che si dimostra utile, quando il precedente fallisce, è quello della iniezione intralaringea (per mezzo di una siringa) di poche gocce di una soluzione debole di bicarbonato di sodio cui si aggiunge una piccola quantità di acqua ossigenata. Questa piccola operazione va fatta sulla guida dello specchio laringeo e spesso riesce assai bene; ma in alcuni casi non è possibile praticarla a causa di una ipereccitabilità del laringe. In uno di questi ultimi casi l'A. ha usato un altro metodo. Il malato non poteva o non voleva tossire e non era stato possibile provocare la tosse con nessuno dei metodi precedentemente descritti. Perciò in questo paziente fu adoperato il metodo della instillazione intranasale, come si usa fare per l'introduzione di soluzioni oleose nel laringe. Il p. stava seduto con la testa piegata all'indietro e la bocca aperta e veniva invitato ad inspirare ed espirare forte (con la bocca) senza inghiottire. In questo mentre veniva iniettata lentamente, goccia a goccia, attraverso il naso una piccola quantità di soluzione di bicarbonato di sodio e acqua ossigenata. Alcune gocce penetrate nel laringe provocarono subito la tosse con emissione di una piccola quantità di escreato, che all'esame microscopico diede risultato positivo per il bac. di Koch. Qualche volta l'A. ha potuto utilizzare per l'esame microscopico una piccola quantità di escreato, proiettata, durante la tosse, sullo specchio laringeo. È noto che anche la somministrazione di ioduro di potassio per qualche giorno, purchè non vi sia una speciale controindicazione, favorisce l'espettorazione.

L'A. dice che i metodi su descritti lo hanno aiutato molto in diversi casi dubbi o difficili ed egli li descrive nella speranza che altri medici possano trovarli utili, specie nei casi dubbi, nei quali la malattia non ha raggiunto uno stadio avanzato.

N. MARZO.

Studi sul bacillo della tubercolosi.

Per la dimostrazione del bacillo di Koch negli espettorati, qualora la ricerca diretta fallisca, molti sono i metodi d'arricchimento e culturali proposti: ma molti di essi non dànno che risultati assai mediocri.

S. Mancini (*Giornale del Medico pratico*, 1927, n. 2; *Ann. d'Ig.*, 1928, n. 4 e 5) propone un nuovo metodo d'arricchimento che gli avrebbe dato buoni risultati. Egli impiega un substrato liquido a base di estratto Liebig, substrato che è stato studiato nel Laboratorio Batteriologico della Sanità, sotto la direzione del Gosio. Tale substrato è composto di

Estratto Liebig	gr. dieci
Peptone Witte	gr. dieci
Glicerina	cc. venti
Acqua	cc. mille

Dopo cottura in autoclave ad un'atmosfera, e filtrazione, il terreno è pronto per l'uso; la reazione lievemente acida va lasciata tale.

L'A. mescola, presso a poco a parti uguali, espettorato, e brodo Liebig, e pone a 37°. Dopo 24 ore circa la massa dell'espettorato viene fluidificata dall'azione disgregativa dei comuni germi concomitanti, rigogliosamente sviluppatisi. Allora si esegue, coi metodi comuni, la ricerca degli acido-resistenti sia sul sedimento, sia su una goccia della cultura resa omogenea coll'agitazione.

L'A. ha sperimentato sempre con espettorati, che, per quanto in numero molto scarso, già contenevano bacilli di Koch all'esame diretto: nei prepa-

rati dopo arricchimento però li ha rinvenuti molto più abbondanti, e ad ammassi: suppone pertanto una sollecita moltiplicazione di essi.

Inoltre egli ha eseguito esperienze sull'isolamento in cultura pura del bacillo di Koch dall'espettorato. L'espettorato viene unito con una quantità 5 volte più grande di acido solforico 1:9, agitato per 20 minuti, e centrifugato per 5 minuti; col sedimento si allestiscono culture in brodo Liebig, o in brodo Liebig reso solido mediante aggiunta di tuorli d'uova o di tuorli d'uova e siero di sangue, e coagulazione a 90-95°.

Volendo seminare molto materiale è prudente neutralizzare l'acido con soda (indicatore la fenolftaleina).

I risultati sarebbero assai buoni, sia per la rapidità di sviluppo, che per la purezza delle culture ottenute.

m. sabatucci.

Il valore quantitativo dell'espettorazione nella tubercolosi polmonare.

Leuret e Lamothe (*Rev. de la Tuberculose*, n. 6, dic. 1927) descrivono un procedimento chimico che permette di misurare volumetricamente con precisione e facilità l'espettorazione giornaliera dei tubercolosi. Consiste nel misurare in una provetta graduata il deposito lasciato dalla mescolanza dell'escreato con una soluzione di metafosfato di sodio e acido cloridrico. Si può stabilire così una curva volumetrica dell'espettorazione che può compararsi a quella della febbre e del peso. La curva dell'espettorazione rivela lo sviluppo e testimonia la profondità e l'estensione delle lesioni tubercolari del polmone. Dà inoltre l'interpretazione clinica di alcune elevazioni di temperatura inspiegabili, serve di mezzo di controllo alla radioscopia e apporta, in tutti i casi, un elemento alla diagnosi e alla prognosi della malattia.

La quantità dell'espettorazione è generalmente bassa e regolare presso gli stabilizzati, ad eccezione di quelli che sono portatori di una grossa caverna segregante e non evolutiva. È abbondante e variabile invece negli evolutivi, corrispondendo le poussées di espettorazione alla formazione o alla fistolizzazione di nuovi focolai caseosi.

All'inizio delle insufflazioni, la misurazione dell'espettorato, fa fare la diagnosi più o meno completa ed efficace del polmone o della caverna tubercolare, quand'anche i segni clinici e radiologici sono incerti.

Le fluttuazioni dell'espettorazione costituiscono, al pari che le fluttuazioni della temperatura e del peso, un elemento nella prognosi della tbc. trattata con il pneumotorace artificiale.

A. POZZI.

CASISTICA.

Evoluzione clinica dell'angina difterica maligna.

La malignità di una angina difterica si può manifestare sia di colpo, senza segni anteriori di impregnazione lenta o di coriza; sia secondariamente cioè dopo un'angina lieve trascurata o curata insufficientemente.

Periodo d'inizio: c'è precoce e notevole pallore, adenopatia marcata, fin dall'inizio false membrane faringee (Marfan). La temperatura sui 38.5. Martin descrisse forme a inizio brusco con febbre sui 40°, ma sono rare. Notevole è il pallore e la coryza sierosanguinolenta con o senza epistassi.

Periodo di stato: pallore intenso, cianosi, scarsa dispnea, abbattimento notevolissimo, un russare inspiratorio e nasale sono i segni che colpiscono. I gangli sottomascellari e cervicali sono ingrossati, fusi tra loro per periadenite, con edema vicino onde si ha il « collo proconsolare ». Il retrobocca è per lo più tutto invaso dalle pseudomembrane. Marfan descrive delle forme distruttive che egli ritiene fatali; in queste si hanno membrane spesse cotennose, giallo verdastre, con strie nere, sanguinolenti, che si staccano facilmente con le pinze, lasciano allo scoperto la mucosa ulcerata e necrotica. L'alito è sempre fetido, specie nelle forme cangrenose; queste possono accompagnarsi a manifestazioni emorragiche: epistassi, porpora, ematemesi. La temperatura non è mai alta, il polso accelerato, la pressione abbassata.

Manifestazioni renali del periodo di stato: vi è costantemente albuminuria, spesso cilindruria che è di prognosi sfavorevole. La diuresi è un po' ridotta. Chalier e Brochier (*Paris Médic.*, n. 41, 1927) hanno ricercata la ritenzione azotata nel sangue ed hanno trovato che l'azotemia è, nel corso delle difteriti maligne, un sintoma frequente di valore prognostico capitale.

Le manifestazioni cardiache: si hanno tachicardie, eretismo cardiaco, aritmie varie dalla estrasistolica al galoppo ed all'Adams-Stokes; oscuramento dei toni cardiaci.

L'esame del sangue: c'è diminuzione lieve delle emazie (4 milioni) ed aumento dei leucociti. L'aumento costante e progressivo della leucocitosi si vede nelle forme più gravi, e fatali. La coagulabilità del sangue sembra diminuita, forse per le lesioni epatiche.

Manifestazioni surrenali: talora, per lo più verso il decimo giorno bruscamente, in qualche minuto il pallore diviene estremo, il polso si accelera, diviene incontabile, il bimbo si accascia inerte nel letto, la sua respirazione si arresta, ed egli muore nonostante tutte le cure. Sarebbe questa una sindrome terminale di insufficienza

iperacuta dei surreni, che rare volte ha un decorso più lento.

Esame batteriologico: non dà risultati speciali. Questi varii segni che ho descritto si intrecciano nei modi più vari sì da creare le varie *forme evolutive cliniche*.

A) *Difteriti maligne curabili*: 1) *ad evoluzione semplice*. Sono delle angine che pure avendo all'inizio o secondariamente assunto dei caratteri di malignità, retrocedono presto con le solite cure. L'albuminuria, l'azotemia, la leucocitosi retrocedono rapidamente, l'edema e la linfoadenite cervicale si riducono. In venti venticinque giorni tutto termina.

2) *Ad evoluzione complicata*: può aversi una *albuminuria residua* che, secondo gli AA., sarebbe segno di una lesione renale lieve ma persistente. In altri casi la complicazione è data da *paralisi difteriche;* esse in queste forme accadono sempre dopo l'undicesimo giorno, ed evolvono nel modo classico.

B) *Difteriti maligne mortali*: si distinguono in questo gruppo delle forme ad evoluzione lenta, e delle altre ad evoluzione acuta con varie sottodivisioni. 1) *Le forme mortali ad evoluzione lenta* sono più rare, ma di grande importanza. Dopo detersione delle fauci per la sieroterapia continua ad aversi febbre, pallore, abbattimento, albuminuria, c'è azotemia alta. Poi compare magari una paralisi del velo del palato, che non regredisce. Sorge dispnea, polso rapido, febbre irregolare anche alta, ipotensione, sonnolenza. Al cuore si può avere un rumore di galoppo o un soffio mitralico lieve. Verso il 25° giorno tutto si aggrava; c'è dimagrimento estremo, vomito, albuminuria, oliguria, cilindruria e poi morte.

2) *Forme mortali ad evoluzione acuta*: gli AA. distinguono delle forme iperacute evolventi a morte in un massimo di cinque giorni, e forme acute con decorso di otto, dieci giorni. Nel gruppo iperacuto possiamo distinguere delle forme gravi per l'estensione laringo-tracheobronchiale; onde anche dopo l'intubazione il paziente respira sempre male perchè la lesione si è estesa anche in profondità. Il bimbo muore e per causa tossica e per causa meccanica. In altri casi la gravità è dovuta al carattere emorragico assunto, in queste forme specie se esiste porpora l'esito è rapidamente fatale. In altri casi l'aspetto è quello di un grande intossicato: oliguria, albuminuria, cilindruria, pallore estremo, delirio, agitazione, azotemia dell'1,50. Tutto ciò progredisce in modo ineluttabile fino alla morte.

Vengono infine le vere forme acute; tra queste interessanti le forme che volgono verso l'*insufficienza surrenale*. Eccetto il notevole pallore, non vi è, in principio, nulla di allarmante, poi, bruscamente il bimbo è colto da fenomeni sincopali: pallore livido, respiro breve e superficiale, polso filiforme e rapido; nonostante ogni cura il bimbo muore. Anche interessante è la forma che evolve verso l'insufficienza renale, quella che gli AA. chiamano *Azotemia difterica mortale*. C'è pallore intenso, albuminuria con o senza cilindruria, emorragie nasali o cutanee a ripetizione. L'azotemia raggiunge circa un grammo. Sorgono cefalea, vomito, sonnolenza. Polso debole, rapido, irregolare. Al cuore si hanno delle estrasistoli o rumori di galoppo sinistro e presistolico. C'è oliguria marcata poi sorgono deliri, convulsioni e morte. In altri casi l'evoluzione letale si ha per *insufficienza cardiaca*: queste sono più note, si ha bradicardia, aritmia, dilatazione progressiva del cuore o morte in sincope.

È certo che anche altre possono essere le cause del decorso letale della difterite maligna, e per esempio, una paralisi bulbare, una insufficienza epato-tossica grave, ma le forme sopra descritte si devono ritenere clinicamente le più importanti.

L. TONELLI.

La malaria congenita.

Dall'esame della letteratura e dall'osservazione di un caso personale, Ulmi (*Clinica ed igiene infantile*, 1927, n. 4) conclude che la malaria congenita esiste realmente, sebbene la sua patogenesi presenti punti di difficile soluzione. Sembra che le lesioni placentari facilitino il passaggio dei parassiti malarici; nulla permette, però, di escludere che esso sia possibile anche in condizioni di integrità placentare, in considerazione della piccola dimensione dei movimenti attivi di cui sono dotati i parassiti.

La malaria congenita si verifica più facilmente nei casi in cui l'infezione decorre allo stato cronico, ciò che può essere in rapporto con una diminuzione dei poteri di difesa naturale dell'organismo materno e, per riflesso, anche di quello fetale.

fil.

TERAPIA.

Cura dell'anemia perniciosa con il fegato.

La terapia dell'anemia perniciosa col fegato, introdotta da Minot e Murphy, studiata poi da Whipple e altri americani, agisce, osserva Rosenow (*Med. Klin.*, 1928, n. 1), per un meccanismo ancora non ben determinato, ma nel quale entrano certamente il fattore dell'alimentazione ricca di albumine e quello della somministrazione di vitamine contenute nel fegato fresco.

Ciò ha rispondenza nel fatto che alcune manifestazioni dell'anemia perniciosa come p. es. la glossite, ricordano quelle delle malattie da carenza (scorbuto, beri-beri, ecc.).

Secondo Minot e Murphy gli effetti sono ottimi; già dopo poche settimane o anche giorni il quadro ematologico migliora in maniera sorprendente: il numero degli eritrociti cresce rapidamente per comparsa di forme giovani (reticulociti) e così il tasso emoglobinico. Il valore globulare scende al di sotto di uno, i megalociti spariscono dal sangue, mentre alla leucopenia si sostituisce una leucocitosi, cresce il numero delle piastrine e diminuisce la bilirubinemia. In 6 settimane le emazie possono raggiungere la cifra di 4 milioni per mmc. Parallelamente si emenda lo stato generale e si attenuano i sintomi fisici e subiettivi. L'unico sintoma che resta invariato è l'anacloridria. Straordinariamente interessante è il fatto che in alcuni malati sotto i 40 anni regredì anche la canizie precoce da cui erano affetti, forse in relazione con la malattia.

Le possibili recidive reagiscono bene alla cura come i casi nuovi. Solo pochi casi sono resistenti alla cura. In uno di essi però fu sufficiente allontanare una calcolosi biliare per vedere la cura avere un chiaro effetto favorevole. S'intende che i malati, anche a terapia ultimata, dovranno almeno per tre volte la settimana nutrirsi con dieta ricca di fegato.

L'A., basandosi sul concetto anzidetto della somiglianza di alcuni sintomi della anemia perniciosa con le avitaminosi, ha aggiunto alla dieta di fegato la somministrazione di ergosterina irradiata (Vigantol) alle dosi di 3 mmgr. tre volte la settimana. I risultati sono stati tali da far concludere all'A. che il Vigantol rinforza notevolmente e consolida l'azione favorevole dell'epatoterapia.

GARRONE.

Critica della cura di fegato nell'anemia perniciosa.

La cura di fegato non è risultata, da esperienze di Neuburger (*Med. Klin.*, n. 2, 1928), essere il mezzo di guarigione della anemia perniciosa; infatti il quadro ematologico qualitativo non ne risulta influenzato; e neppure si può accettare come cura di elezione, poichè i malati recidivano facilmente, e inoltre le recidive sono più gravi e non si può, durante esse, ricorrere agli altri mezzi provati di terapia (arsenico, trasfusione).

D'altra parte, non si può dire che la cura in parola sia senza influsso sulle forme di anemia perniciosa e di anemia secondaria grave.

Essa rappresenta una cura nutritiva, che spezza il circolo vizioso (inappetenza-iponutrizione-anemia). Ma non è originale: già altri (Biermer, Grawitz, Mallquist, Czerny) avevano dato grande importanza alla iponutrizione nella genesi e alla ipernutrizione nella cura dell'anemia perniciosa.

L'essenza della malattia è tale da non render possibile un influenzamento duraturo sul quadro e sul decorso morboso da parte della cura di fegato.

GARRONE.

Sulla cura dell'anemia perniciosa.

Molte volte, dalle più svariate scuole si è attribuita l'anemia perniciosa ad una insufficienza di vitamine e si sono proposte varie diete, descrivendole come particolarmente utili. Koessler e Maurer (*Journ. of. the Amer. Med. Ass.*, 3 sett. 1927, p. 768) ritornano sull'argomento. Essi hanno trattato 42 casi di anemia di Biermer con diete ricche di vitamine e in tutti i casi hanno notato delle pronte remissioni e in vari casi un ritorno alla morfologia normale del sangue. Essi consigliano: per dare della vitamina A si somministri olio di fegato, anche del burro è utile; il pane di frumento integrale è raccomandato specie se cotto nel latte. Il latte e la crema sono utili poichè contengono vitamine A, B e C. Le uova sono ricche di vitamina A, e in minor grado di quella B. I vegetali più consigliabili sono i pomidori che sono ricchissimi di vitamina B e C., anche gli spinaci, la lattuga, i cavoli e le carote hanno alto contenuto vitaminico. Le frutta come aranci, limoni, uva, ananassi, fragole, lamponi forniscono vitamina C, e in minor dose A, B. Delle carni, il fegato e i reni contengono molta vitamina A, e B. Le animelle e il cervello, il cuore ed i polmoni sono meno ricchi in vitamine. Le bistecche e qualunque altro muscolo scheletrico sono molto inferiori in contenuto vitaminico.

L. TONELLI.

Effetti ematopoietici di estratti nucleari nell'anemia sperimentale e nelle anemie umane.

O. Larsell e H. T. Nakes (*Jour. A. M. A.*, 14 gennaio 1928), hanno estratto nucleoproteine e acidi nucleici dal fegato di cani e di buoi, usando i metodi di Hammarsten e di Kossel-Neumann.

Tali estratti furono usati sperimentalmente in animali di laboratorio (conigli), nei quali si era prodotto uno stato di anemia in seguito ad iniezioni endovenose ripetute di acqua distillata.

La somministrazione degli estratti avvenne tanto per via orale, quanto per via endovenosa.

Gli esami ripetuti del sangue dimostrarono l'efficacia del trattamento, con aumento del numero dei globuli rossi e della quantità di emoglobina.

Incoraggiati da tali resultati, gli AA. hanno

usato lo stesso metodo in 12 pazienti con gradi diversi di anemia, facendo assumere gli estratti per bocca, ed assistettero ad un miglioramento notevole della crasi sanguigna.

Da ciò concludono che le nucleoproteine ottenute dal fegato di bue posseggono una indubbia azione stimolante ematopoietica.

M. FABERI.

Una preparazione culinaria per la somministrazione del fegato nell'anemia perniciosa.

W. Th. Wilkins (*Journ. amer, med. assoc.*, 17 sett. 1927) con la collaborazione di una specialista in dietetica, consiglia il seguente modo di preparare il fegato a forma di *cocktail* (da regime secco).

È necessario prendere accordi con una macelleria, in modo da essere sicuri di avere il fegato di vitello fresco ogni due giorni. Appena arrivato il fegato in cucina, gli si tolgono le membrane, le vene e tutte le parti dure, per mezzo di un coltello bene affilato. Si lava con acqua fredda e lo si passa per due volte al tritacarne, usando la macina più fine e lo si mette subito in ghiacciaia. Mezza libbra di fegato (g. 186) fornisce quattro cucchiai di prodotto tritato.

Si prepara una salsa, mescolando 1/2 tazza di salsa di pomodoro, 1/2 di succo di limone, 2 cucchiai da tè di salsa di Worcestershire, 1/2 cucchiaio da tè di cipolline finamente tritate, sale e pepe quanto basta.

Si mescola il fegato con la salsa, in proporzione di una parte del primo per 2 e 1/2 della seconda; si raffredda, si serve in bicchieri da *cocktail* e si somministra con biscotti salati.

L'individuo deve gradatamente abituarsi al sapore ed aumentare quindi man mano la quantità. È importante che il tutto sia ben macinato, servito con té freddo e preso con biscotti. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. S. P., abb. n. 7485:

Recentissime e pratiche edizioni, in italiano, di *Odontoiatria e Protesi dentaria*:

Prof. GIUSEPPE SZABÓ: *Odontoiatria pratica*, volume di 700 pagine illustrato da 600 figure, edito dal giornale mensile *La Stomatologia*, Piazza S. Bernardo 108-A, Roma (105), prezzo L. 130. Traduzione del dott. Bruno Polacco dalla 11ª edizione ungherese.

Prof. NICOLA PAPA: *Manuale di Protesi dentaria*. Dalla Collana di Medicina Pratica (n. 8) della Casa Editrice Libraria Vittorio Idelson, Napoli, Lire 20. PIPERNO.

Al dott. C. P. G. da A.:

I tenenti medici con anzianità 1 febbraio 1917 sono già stati promossi capitani. C.

Al dott. G. S. da Riesi:

Il *Manuale di malattie cutanee* del MONTESANO, di cui è in corso d'imminente pubblicazione il secondo ed ultimo volume è il più recente di tutti, dà largo sviluppo alla parte generale ed è scritto con fini eminentemente pratici ma con speciale riguardo alle più moderne teorie sulla etiologia e la patogenesi delle dermatosi ed a quanto sui varii argomenti è stato fatto in Italia. Crediamo sia quello che meglio si adatti alle esigenze dei medici pratici. A. P.

VARIA.

Igiene e continenza sessuale.

Il « British Social Hygiene Council » si è espresso recentemente nei seguenti termini sulle conseguenze igieniche della continenza sessuale.

1) Nell'interesse della razza e dell'indivuo è di capitale importanza che nel matrimonio sia conservata la stabilità della famiglia; quindi i costumi e le abitudini sociali debbono esser informati a questo fine.

2) È provato all'evidenza che relazioni sessuali irregolari, sia nei coniugi che nei celibi, portano sempre danni nella sfera fisica mentale e morale.

3) Nè in base alle dottrine fisiologiche nè in base a dati dell'esperienza, è stato mai dimostrato che per il benessere fisico del celibe sia necessario l'esercizio della funzione sessuale.

4) Allo stesso modo nè la fisiologia nè l'esperienza hanno dimostrato che l'esercizio della funzione sessuale possa esser necessario per l'igiene mentale del celibe.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

Repressione all'esercizio abusivo delle professioni sanitarie.

(Legge 6 maggio 1928, n. 1074, *Gazzetta Ufficiale*, 30 maggio, n. 126) (1).

Art. 1. — Chiunque, non trovandosi in possesso del regolare titolo professionale, esercita una professione sanitaria, è punito con multa da L. 500 a L. 2.000.

In caso di recidiva la pena è della detenzione da uno a tre mesi e della multa da L. 2.000 a L. 5.000.

Il materiale adoperato per commettere il delitto di cui al presente articolo è confiscato. In attesa della decisione dell'autorità giudiziaria, il Prefetto della Provincia può ordinare la chiusura del locale in cui la professione sanitaria sia stata abusivamente esercitata e, contemporaneamente, anche il sequestro del materiale adoperato.

Art. 2. — Alle stesse pene di cui al precedente articolo soggiace chi, essendo regolarmente autorizzato ad esercitare una professione sanitaria, presta, comunque, il suo nome, ovvero la sua attività professionale allo scopo di permettere o di agevolare il delitto di cui all'articolo stesso.

La condanna ha per effetto la sospensione dall'esercizio della professione per un periodo di tempo uguale a quello della pena inflitta.

Art. 3. — Chiunque, munito del titolo professionale relativo, esercita una professione sanitaria senza che si trovi in possesso degli altri requisiti eventualmente richiesti dalle vigenti disposizioni per il regolare esercizio, è punito con l'ammenda da L. 500 a L. 1000.

In caso di recidiva la pena è dell'ammenda da L. 1.000 a L. 2.000.

Rimangono però sempre in vigore le disposizioni penali comminate dal comma ultimo dell'art. 2 della legge 22 maggio 1913, n. 468, e quelle contenute nell'ultimo comma dell'art. 18 della stessa legge.

Art. 4. — Ogni disposizione contraria alla presente legge è abrogata.

(1) Circa l'esercizio abusivo, anche in relazione alle nuove norme, si può consultare l'ampia trattazione pubblicata nella rivista *Il Diritto Pubblico Sanitario*, 1928, pag. 153.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XX. — Potere discrezionale e regolamentare per il rapporto d'impiego.

Due recenti decisioni del Consiglio di Stato hanno considerato, con criterio che sembra eccessivamente estensivo, il potere dei Comuni per la determinazione di norme dirette a regolare la formazione o la estinzione del rapporto d'impiego.

Le esaminiamo per ordine logico.

Il capitolato del Comune di Pollenza stabiliva: « qualora i concorrenti siano meno di tre per ogni posto messo a concorso, è in facoltà del Consiglio di dichiarare nullo il concorso ». Il Consiglio di Stato, con decisione 13 gennaio 1928 n. 2, ha dichiarato legittima questa disposizione, così ragionando: « la facoltà regolamentare del Comune non è illimitata ma può e deve trovare limiti e condizioni o in divieti della legge o nella incompatibilità con la lettera della legge o con lo spirito cui la medesima è informata »; ma nessun divieto è stabilito circa la facoltà di annullare il concorso se i concorrenti siano in numero inferiore a un dato limite ».

Questo, in breve, è il criterio del Consiglio di Stato.

Un divieto *formale* certamente non c'è: nessuna norma espressa prevede questo caso; ma il limite del potere del Comune può risultare dall'ordinamento giuridico fissato dalla legge per un dato obbietto. Si è sempre ritenuto che le norme concernenti la costituzione del rapporto d'impiego, la stabilità ecc. siano imperative, non essendo dirette a tutelare interessi privati, ma disciplinando l'ordinamento di un pubblico servizio. Si è anche ritenuto che il concorso sia valido se un solo concorrente vi partecipi o se uno solo sia dichiarato idoneo. La facoltà di scelta non è presupposto di validità del concorso; l'esercizio di essa è condizionato ad un dato evento e non è necessario. Se questo è il sistema legale, sembra a noi che il Comune non abbia il potere di derogarvi. Si ammette che il Comune non abbia il potere discrezionale di considerare o non invalido il concorso, nei singoli casi, se un solo concorrente vi partecipi: ma se questo potere discrezionale non gli appartiene, ne deriva che nemmeno con norma del suo capitolato, il Comune può attribuirselo. Il potere regolamentare presuppone che l'ente o l'organo

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

della pubblica amministrazione abbia un potere discrezionale di determinazione. Se, invece, è già stabilito un ordinamento legale e l'ente o l'organo dell'amministrazione ha il potere discrezionale di modificarlo caso per caso, sembra che nemmeno possa essere stabilita una norma diversa, che alteri o comunque modifichi l'ordinamento legale. Prescindendo da queste considerazioni, che attengono ai limiti del potere regolamentare, e considerando il contenuto della disposizione, che è oggetto di questa nota, sembra che per altra via si debba riconoscerne la illegittimità. Il Comune, come si è detto, si è riservata la facoltà di annullare o non il concorso, a seconda del numero dei concorrenti. Ma poichè è in considerazione soltanto il numero, o il concorso è invalido e *deve* essere annullato o è valido e deve avere efficacia, non potendosi ammettere che la stessa circostanza obbiettiva, e soltanto questa, sia il presupposto di una facoltà di annullare o non. La importanza dell'ufficio non è in considerazione, trattandosi sempre dello stesso ufficio al quale la disposizione specificatamente si riferisce. La capacità dei concorrenti è riservata al giudizio della Commissione. Quale sarà, dunque, il *motivo* che potrà determinare la volontà del Comune nell'uno o nell'altro senso? Perchè esso, nelle stesse circostanze di tempo, di persone ecc., potrà annullare o non il concorso? Forse per la insufficienza numerica dei concorrenti? Ma questo è il presupposto della facoltà e quindi non è il *motivo determinante*. Se così non fosse, la facoltà di fare o di non fare non si intenderebbe; se la insufficienza numerica fosse il motivo dell'annullamento, dovrebbe operare sempre con la stessa efficacia determinativa: cioè, verificandosi la condizione, il concorso dovrebbe essere annullato. Se invece il Comune può o non annullare, è evidente che esso, per determinarsi in un senso o nell'altro, deve avere un motivo. Ma, essendo identiche o non influenti tutte le altre circostanze di fatto e la insufficienza numerica costituendo, come si è detto, il presupposto e non il motivo determinante, ne deriva logicamente che il Comune attribuisce a sè una facoltà di fare o di non fare ad arbitrio o per motivi non confessabili. Ecco perchè riteniamo che la norma sia intrinsecamente illegittima.

L'altra decisione riguarda la legittimità della norma del capitolato che stabilisce limiti di età agli effetti della estinzione del rapporto d'impiego.

La giurisprudenza ha sempre ritenuto e anche recentemente ha confermato che il Comune non può deliberare il collocamento a riposo del medico condotto per limiti di età. Ma se questo potere non spetta al Comune, può esso attribuirselo con norma del suo capitolato? Noi esaminammo in questa Rivista tale controversia, quando si presentò per la prima volta. Il Consiglio di Stato, con decisione 29 dicembre 1927 n. 658, ha ritenuto che il Comune possa stabilire limiti di età e di servizio, con norma del regolamento organico approvato dalla G. P. A. e che a questo potere non siano di ostacolo le disposizioni degli art. 38, 40 e 41 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889. La risoluzione del Consiglio di Stato non sembra persuasiva. Già esponemmo sinteticamente le ragioni della nostra opinione. La quistione è importante ed è da ritenere che non sia definitivamente superata, tanto più che nemmeno gli argomenti svolti dal Consiglio di Stato nella decisione 29 dicembre 1927 sembrano decisivi.

Si può ora osservare brevemente che la legge, con disposizione non derogabile dalle parti nemmeno per accordo, dichiara stabile il rapporto d'impiego. Verificandosi un dato evento, si costituisce un vincolo che permane, *ope legis*, sino a quando non si verifichi una causa legittima di estinzione. La legge stessa stabilisce che il rapporto d'impiego può essere risoluto o per motivi disciplinari o per incompatibilità o per inabilità accertata. Questo è l'ordinamento legale che domina anche l'attività del Comune e che, quindi, limita il potere discrezionale di esso. Se invece il Comune si attribuisce il potere di licenziare o collocare a riposo l'impiegato per limiti di età, indipendentemente dallo accertamento della idoneità, si pone contro l'ordinamento legale.

Perchè la giurisprudenza ha ritenuto e anche recentemente ha confermato che il Comune non può deliberare il collocamento a riposo per limiti di età? Perchè la legge non ammette che, per questo motivo, possa essere estinto il rapporto d'impiego per volontà unilaterale del Comune. Ma da ciò deriva la conseguenza che, se il Comune non può provvedere così, caso per caso, tanto meno può attribuirsi con norma del regolamento un potere discrezionale che esso non ha, essendo la sua attività, agli effetti della efficacia, della durata e della estinzione del rapporto d'impiego, dominata dalla legge e limitata entro i confini da essa stabiliti.

Il potere regolamentare presuppone sempre un potere discrezionale: se non c'è discrezionalità, per un dato obbietto, non c'è nemmeno possibilità di attività regolamentare. Nè si opponga che il capitolato, deliberato dal Comune, è soggetto ad approvazione dell'autorità tutoria: questo controllo può costituire una garanzia maggiore, ma non ha nessuna importanza agli effetti della determinazione dei limiti del potere del Comune.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per la stampa medica italiana.

Con il titolo « Richiamo alla dignità » *l'egregio Prof. Nicolò Castellino ha pubblicato sul* Giornale d'Italia *un articolo di cui riportiamo larga parte*:

« Noi abbiamo pei primi sollevato la questione della stampa tecnica; ne abbiamo posto in rilievo l'importanza, denunciato i difetti, proposto i rimedî; ed abbiamo, sopratutto, a voce e per iscritto richiamato l'attenzione delle gerarchie competenti sulla necessità urgente di provvedere alla difesa di tale potente e delicata arma di propaganda o di rivendicazione. Se pur le nostre parole non sono valse — è onesto il confessarlo — a scuotere gli Dei invocati, esse hanno tuttavia ottenuto lo scopo di suscitare proficue discussioni; e qualche *mea culpa* è stato recitato, e parecchi ne hanno detto e scritto a lungo, su riviste e giornali.

A buon diritto dunque, ritorniamo sull'argomento; e non ripetiamo quanto già si è affermato perchè ci piaccia insistere su questioni tanto ingrate, per puro spirito di polemica, ma perchè riteniamo necessario sgombrare il terreno da infiltrazioni nocive e malevole...

Il voler considerare il nostro grido d'allarme come effetto di una preoccupazione eccessiva, ed il contrapporvi uno « stato di realtà » ottimistico non è soltanto una leggerezza: perchè l'osannare e il difendere la stampa mercenaria come un auspicato sostituto della stampa scientifica è qualcosa di più grave: è una *vergogna*.

Noi richiamiamo perciò al rispetto verso la dignità della scienza italiana e verso sè stessi, coloro che ne hanno scritto; e speriamo che ci dian modo di credere — almeno — di essere in buona fede.

La stampa scientifica italiana attraversa dunque un periodo di grave crisi; crisi finanziaria e crisi morale.

Crisi finanziaria, perchè il disamore culturale dei giovani è tale, che essi disdegnano la lettura non soltanto di opere scientifiche, ma degli stessi periodici specializzati delle loro discipline; e, non studiando e non imparando a sufficienza, ne consegue che non possono neanche produrre lavori originali nuovi, e devono rifuggire da quelle sane polemiche che tanto hanno concorso nel passato a far progredire la conoscenza. Sicchè le riviste ed i giornali scientifici vedono gradualmente diminuire la loro tiratura, ed affievolirsi la loro voce e il loro prestigio.

Crisi morale, perchè l'assoluto disinteressamento che le gerarchie responsabili hanno dimostrato finora per la questione ha fatto sì che questo gruppo di pubblicazioni si è trovato esposto senza alcuna tutela agli incessanti attacchi che da ogni lato gli venivano vibrati; ed allora è subentrata della giusta sfiducia nei dirigenti e negli animatori e nei volontarii cirenei della nostra cultura...

Ma il pericolo maggiore consiste nel tentato avvelenamento delle fonti stesse del pensiero; e cioè in quella miriade di pubblicazioni pseudo-scientifiche e pubblicitarie che si rovesciano quotidianamente « *à titre gracieux* » sulle spalle di ogni milite — anche il più umile — della scienza italiana.

Queste pubblicazioni hanno lo scopo palese di accattivare la benevolenza del beneficato verso i prodotti del benefattore, come ricambio di cortesia per l'invio gratuito del giornale; e già questo infimo mercato sarebbe una ben miserevole cosa di per sè... Ma il pericolo non sta tanto nelle *intenzioni*, quanto nella *materia* stessa del dono: e cioè nel testo di questi cenciosi ambasciatori di tacite compromissioni.

Da chi sono scritti quegli articoli? Da quali scuole provengono? Chi ne ha controllato le affermazioni? Nessuno; come nessuno conosce i generalmente anonimi compilatori di quelle dannosissime rubriche riassuntive del momento scientifico, che pretendono in poche righe di tenere al corrente i lettori sulle ultimissime novità mondiali.

Fatalmente accade che coloro che ricevono tutta questa gratuita messe non sentono più il bisogno di consultare e di abbeverarsi ad altri testi a pagamento: e così al lettore italiano viene somministrata una coltura tendenziosa, falsa, o — nella più misericordiosa ipotesi — superficiale.

Coltura tendenziosa, perchè è intuitivo come anche nel testo più castigato lo straniero munifico donatore tenterà sempre di inserire qualche cosa che gli possa riuscire particolarmente gradita... Falsa, perchè basata su sistemi e metodi estranei ai metodi e ai sistemi nostri, e su principii che molte volte contrastano coi fondamenti stessi della nostra coltura...

Superficiale, poi, sempre: perchè non sono degne della qualifica di scientifiche quelle pubblicazioni che pretendono di erudire il pubblico col meccanismo delle notiziole in tre righe e degli « *abregés* » in pillole, ove in una paginetta è impostata, trattata ed esaurita una questione che forse per decenni ha occupato la mente di genii ed agitato polemiche di Maestri.

Ma tutto questo, per qualche persona di stomaco forte, è poco importante.

Ben vengano — essi dicono — le riviste gratuite e le pubblicazioni in omaggio: costano meno, sono più gentili verso di noi, pubblicano con premura i lavori che noi loro inviamo...

No, egregio prof. Lucarelli, questo si chiama il volersi lasciare ingannare: questo significa il voler preferire al sano e severo controllo dei periodici serii la soddisfazione piccoletta di vedersi riveriti ed ospitati da fogli su cui ogni studioso

degno di tal nome si vergognerebbe di scrivere: questo significa, infine, che agli sforzi di chi si batte per una questione di alta dignità nazionale si preferisce l'untuoso omaggio del «*flebotomo incruento*» o di simili razze di aberrazioni spirituali internazionali...

Il rimedio è invece questo: epurare, controllare, disciplinare la nostra stampa scientifica — liberarla dal parassitismo e dall'ingombro della falsa dottrina e della ricerca commerciale — elevarla ed aiutarla, assecondandone le iniziative, alleviandone gli oneri: in una parola, conferire ad essa la *dignità* di voce e di indice del nostro movimento ascensionale in questi alti e mirabili campi del sapere.

Questo è urgente fare: e questo noi dobbiamo, e possiamo fare: perchè abbiamo la forza, la convinzione, la fede di volerlo.

E i... dissidenti?

O d'elithios osper próbaton Bée Bée légon badizei...: lo stolto — dice il poeta greco — come un caprone «bée-bée» dicendo cammina...».

*
* *

Le affermazioni del Prof. Castellino meritano il consenso di tutti coloro, cui sta a cuore la sorte della stampa medica scientifica, e la seria considerazione di coloro che devono tutelare gli interessi della scienza e assicurare il nostro prestigio ed il nostro decoro all'estero.

Occorre che sia imposto un chiaro segno di distinzione, un marchio di riconoscimento per la stampa veramente scientifica e... l'altra.

Occorre aiutare in ogni modo la buona pianta, fertilizzandola, dandole aria, liberandola da tutte le piante parassitarie che la soffocano e la soverchiano.

Ma occorre anche diradarla perchè essa dalla buona terra possa trarre tutto il nutrimento necessario, e possa trovare nell'ambiente l'ossigeno e la luce sufficiente.

E ciò perchè la stampa medica italiana oltre che per l'infestazione del parassitismo bottegaio, soffre per eccessivo affollamento.

Su questo punto noi abbiamo già richiamata l'attenzione; non è inutile insistere.

In Italia vi sono troppi giornali medici. Troppi perchè possano vivere decorosamente, troppi per le esigenze stesse della scienza.

Non è improbabile che lo scarso conto in cui è tenuta all'estero la nostra produzione sia in rapporto a quest'eccesso giornalistico.

Molti lamentano che gli autori italiani non sono ricordati, non sono citati nei trattati e nei lavori stranieri.

Si può sostenere che i nostri buoni lavori non sono letti fuori, perchè sperduti nella fungaia di organi e organetti, che ogni scuola, ogni clinica, ogni ospedale ha la pretesa di pubblicare.

Concentrare occorre, e rinunziare a certi orgogli campanilistici e particolaristici.

Della stampa bottegaia si può avere facilmente ragione.

Fortunatamente i medici italiani non hanno lo stomaco tanto forte da digerire cose indigeribili, e di quei fantocci della scienza — più o meno cattedratici — che hanno lo stomaco forte per molto appetito, non ce ne sono molti.

Una maggiore disciplina della stampa veramente scientifica, con le rinunzie cui abbiamo fatto cenno, varrà a rendere più efficiente la difesa.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Amministrazione Provinciale.* — Due posti nel Lab. Prov. d'Igiene e Profil.; scad. 30 giu. V. fasc 22.

BARI. *R. Prefettura.* — Uff. san. del Consorzio obbligatorio Alberobello-Locorotondo; abitanti 17.612, superf. Ha. 8781; L. 15.000 e 4 quadrienni decimo, divieto libero esercizio tranne consulenze; titoli ed esami; età limite 45 a. Scadenza ore 12 del 5 ag.

BARREA (*Aquila*). — Proroga 15 lug.

BOLOGNA. — Scad. 30 giu.; titoli ed eventualm. esame; 3 condotte; L. 8800 e L. 9000, 5 quadrienni dec., addizion. L. 3 oltre i 1000-1300 poveri, L. 500-3000 trasp., L. 1000 ambulat.; età limite 45 a.; tassa L. 50.15.

CANNETO PAVESE (*Pavia*). — Scad. 30 giu.; lire 12.340 e 5 quadr. dec., età lim. 40 a.; tassa L. 50.10.

CATANIA. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari per Acicastello, San Cono, a L. 5000 ciasc.; Belpasso, Misterbianco, Ramana, a L. 7000 ciasc.; Paternò, a L. 10.000, 4 quinq. dec.; scad. 15 lug.; titoli ed esami.

CIRIÈ (*Torino*). — Scad. 30 giu., 2 condotte; L. 8000 e 5 quadrienni dec., c.-v., età lim. 45 a.; tassa L. 25.05.

CUCCARO (*Alessandria*). — Scad. 10 lug.; L. 7000 (*sic*) oltre L. 500 uff. san.

ELSANE (*Istria*). — Scad. 15 lug.; L. 8500 e 4 quadrienni dec.; riconoscim. servizi precedenti; L. 2000 obbligo mezzo trasp.; c.-v.; L. 1000 aumentabili se uff. san.; tassa L. 50.15.

GILDONE (*Avellino*). — Scad. 30 giu.; L. 5500 (*sic*) comprese funzioni uff. san.; età lim. 40 a.

GORIZIA. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. Med. Micrograf. del Labor. Prov. d'Igiene e Profil.; L. 13.000, oltre L. 4200 serv. att., c.-v., età lim. 45 a. Assistente per detto; L. 10.000 e L. 2000, c.-v., età lim. 35 a. Per i due posti 6 quadrienni dec.; tassa L. 50,10. Scad. 3 lug.

LA SPEZIA. *Amministraz. Provinc.* — Due posti nel Laborat. Provinc. d'Igiene e Profilassi; scad. 15 lug.; v. fasc. 22.

LECCE. *Amministr. Provinc.* — Coadiutore medico del Labor. Prov. d'Igiene e Profilassi; L. 9000 e 3 quadrienni di L. 700, serv. att. L. 1700, c.-v. Scad. 30 giu.

MATERA. *Ospedale Civile Vitt. Em. III.* — Due posti; scad. 30 giu.; v. fasc. 22.

MILANO. *Istituto Provinc. di Assistenza e Protezione dell'Infanzia.* — Medico aiuto; L. 13.000 e indenn. serv. att., aumenti periodici; scad. ore 16 del 30 giu. Rivolgersi Segreteria Gener. (via Monforte 31). Età lim. 30 a. Classificazione esami speciali e di laurea. Triennio di laurea. Serv. entro 15 gg.

MODENA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e capo dell'Ufficio d'igiene del Comune di Carpi; al 31 lug. ore 18; titoli ed esami; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 25 mag.; tassa L. 50.20.

MODICA (*Ragusa*). — Scad. 15 lug.; L. 11.000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 1000 indenn. di capo dell'ufficio d'igiene municipale, con espresso divieto di esercizio professionale.

MOTTALCIATA (*Vercelli*). — Scad. 30 giu.; cons. 4 Comuni; ab. 2500; stip. L. 8000 oltre L. 500 uff. san.; L. 3500 cav., L. 150 ambulat.

OZZANO MONFERRATO (*Alessandria*). — Con Treville. Scad. 15 lug.; L. 7000 (*sic*) e 4 quinquenni dec.; trasp. L. 2000; uff. san. L. 800.

PADOVA. *Ospedale d'Isolamento.* — Medico residente; scad. 30 giu.; v. fasc. 23.

PALERMO. *Consorzio Antitubercolare della Provincia.* — Direttore sanitario; v. fasc. 23; scad. ore 18 del 10 lug.

PAMPARATO (*Cuneo*). — A tutto 15 lug.; v. fascicolo 23.

PARODI LIGURE (*Alessandria*). — Scad. 15 lug.; 1ª cond.; L. 7000 e 4 quinq.; trasp.; uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.80.

PRATO IN TOSCANA (*Firenze*). *Spedale della Misericordia e Dolce.* — Chirurgo primario; lire 12.000 e c.-v.; 70 % tasse d'ammissione e 50 % tasse d'operaz. Scad. ore 18 del 10 lug. Laurea da alm. 5 anni; lib. doc. in patol. o in clin. chir.; età lim. 45 a.; tassa L. 50; chied. annunzio

REGGIO CALABRIA. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore sanitario del Brefotrofio; L. 5000 (*sic*) e quadrienni decimo fino a L. 7000, c.-v. Scad. 30 giu.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Sono prorogati al 30 giugno i concorsi per esami a 34 posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe, per esami e titoli e a 4 posti di assistente medico nel Laboratorio di Micrografia e Batteriol. della Sanità Pubbl. ecc.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — 23 assistenti med.-chir.; esami; scad. ore 16 del 10 lug.; L. 4500 (*sic*) e c.-v. Rivolgersi alla Segreteria Generale. Tassa L. 50. Età lim. 30 a. Doc. a 3 mesi dal 6 giu.

ROMANO DI LOMBARDIA (*Bergamo*). *Ospedale Civile SS. Trinità.* — Medico chirurgo direttore; proroga 30 giu.

RONCIGLIONE (*Viterbo*). — Al 10 lug. ore 19, condotta chirurgica ed ostetrica; età lim. 45 a.; certif. condotta politica; tassa L. 50.10; doc. a 3 mesi dal 1° giu.; stip. L. 10.500 e 5 quadr. dec., c.-v.

ROVIGO. — 3ª cond. rurale; al 7 lug., ore 18; L. 8000 e addizion. L. 5 sopra i 1000 pov., c.-v., L. 1000-1500-3000 trasp.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15; doc. a 3 mesi dal 7 giu.

SALERNO. *Amministr. Provinc.* — Coadiutore ed assistente presso la Sez. med.-micrograf. del Laboratorio Prov. d'Igiene e Profilassi; L. 11.500 e L. 9500, aumentabili a L. 15.700 e L. 13.700, oltre supplem. serv. att. in L. 2800 e L. 2100; c.-v.; età lim. 35 a.; scad. 8 ag. Rivolgersi Segreteria. Titoli ed esami.

SALSOMAGGIORE (*Parma*). — 3ª condotta; proroga al 31 lug., ore 18.

S. BIAGIO DELLA CIMA (*Imperia*). — Scad. 30 giu.; L. 7500 (*sic*) oltre L. 500 uff. san.; 5 quadrienni dec.

SAVONA. *Amministr. Provinc.* — Direttore Sez. Medico-Micrograf. Laborat. Provinc. d'Igiene e Profil.; L. 15.000 oltre L. 2800 serv. att.; età lim. 45 a.; tassa L. 50. Scad. ore 18 del 15 sett. — Aiutante preparatore; L. 7000 e L. 1000; età lim. 35 a.; tassa L. 25.05. Per i due posti 5 trienni dec., c.-v.

SERRASTRETTA (*Catanzaro*). — 1° Reparto; L. 7500 e 5 quadr. dec.; scad. ore 16 del 6 lug.; età lim. 45 a.; tassa L. 50; serv. entro 15 gg.

TRAPANI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Castelvetrano; scad. 30 giu. V. fasc. 22.

TRECENTA (*Rovigo*). — Scad. 30 giu.; 1° reparto; età lim. 45 a.; L. 8000 e 5 quadr. dec., c.-v.; L. 800 serv. att., L. 600 se uff. san.; tassa lire 50.10.

TRENTO. — Scad. 14 lug.; condotta per Meano; L. 8500 oltre L. 850 uff. san., L. 2200 alloggio, c.-v.

TREVISO. *Deputazione Provinciale.* — Proroga al 15 lug. V. fasc. 22.

TRIPOLI. — Direttore Dispensario Antitubercolare; scad. 15 lug.; v. fasc. 23.

VALLERMOSA (*Cagliari*). — Scad. 15 lug.; lire 8000 oltre L. 500 uff. san. e c.-v.

VENEZIA. — Al 10 lug. assistente del Laborat. micrograf.; medico per la profilassi. Rivolgersi alla Segreteria dell'Ufficio d'Igiene.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Aiuto nella Divisione Chirurgica 1ª ortopedia e infanzia; scad. 14 lug. Chied. annunzio.

VERONA. — Scad. 30 giu., ore 16; 3 condotte; v. fasc. 23.

VIARIGI (*Alessandria*). — Scad. 30 giu.; L. 7000 (*sic*), oltre L. 500 (*sic*) trasp., eventualm. L. 500 uff. san.

VILLA DEL NEVOSO (*Carnaro*). — Scad. 30 giu., consor.; L. 8500, c.-v., L. 2000 trasp., per uff. san. da L. 1000 in sopra; età lim. 35 a.

CONCORSI A PREMI.

Per un lavoro sul Radium.

L'Istituto Italiano del Radium allo scopo di promuovere lo studio delle proprietà curative del Radium usato per via interna ha indetto un concorso a Premi per complessive lire 25.000 da assegnarsi alle migliori memorie sul tema: « Appli-

cazioni del Radium per via interna alla medicina ». I premi saranno assegnati da una Commissione universitaria. Il concorso è riservato ai soli medici di nazionalità italiana. La somma corrispondente sarà depositata alla Banca d'Italia entro il mese di luglio. Scadenza del concorso: 30 luglio 1929. Per informazioni rivolgersi all'Istituto Italiano del Radium, Roma, via Venti Settembre, n. 58.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Gerhardt Katsch è stato chiamato alla cattedra di medicina interna dell'Università di Greifswald, quale successore del prof. H. Straub.

Il dott. Fritz Eichholtz è stato nominato professore di farmacologia all'Università di Königsberg.

Quale successore di Magnus alla cattedra di farmacologia dell'Università di Utrecht è stato chiamato il prof. Jarisch di Innsbruck.

Il prof. Leo Kumer è nominato direttore della Clinica dermosifilografica dell'Università di Innsbruck.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Pavia

Il valore delle prove di identità personale.

Conferenza del prof. L. LATTES.

Per invito della nostra Società Medico-Chirurgica, il prof. LEONE LATTES, direttore dell'Istituto di Medicina Legale della R. Università di Modena, ha tenuto il 28 maggio u. s., nell'Aula della Clinica Medica, una conferenza sul « *Valore delle prove di identità personale* ».

L'eccezionale interesse dell'argomento che sarebbe stato trattato dal prof. LATTES ha richiamato un folto pubblico, composto non solamente di medici: erano infatti presenti Autorità politiche e militari, tra cui il Prefetto di Pavia, il Questore, il colonnello Abbamonte, parecchi cultori del Diritto, oltre ai professori della nostra Università e ai professori di Università vicine, e a numerosi studenti.

Il presidente della Società Medico-Chirurgica, prof. ADOLFO FERRATA, presenta all'uditorio l'oratore, mettendone in evidenza la personalità scientifica: richiama in modo particolare l'attenzione del pubblico sugli studi prediletti del Lattes, cioè sull'individualità del sangue in rapporto ai gruppi sanguigni, dove la competenza del Lattes è largamente riconosciuta anche all'estero, tanto che al suo Istituto di Modena convengono studiosi stranieri per approfondire la propria esperienza in questo campo di studio.

Il prof. LATTES esordisce col dichiarare non essere sua intenzione, come potrebbe apparire dal titolo della Conferenza, di analizzare il clamoroso affare dello sconosciuto di Collegno, che tanto ha interessato la pubblica opinione, e sulla cui soluzione la magistratura non ha ancora pronunciato il giudizio definitivo; peraltro non è negato alla scienza di poter manifestare la propria opinione in proposito. Più libero si sente il Lattes di analizzare e discutere un altro affare non meno clamoroso, che tante discussioni ha sollevato specialmente all'estero, e di cui anche i nostri quotidiani si sono ampiamente occupati, e cioè la questione della sopravvivenza della Granduchessa Anastasia di Russia: la scienza ha, secondo l'O., definitivamente risolto l'appassionante problema, reso ancor più interessante anche da alquanti milioni depositati nelle banche inglesi.

Il problema della identità personale non è nuovo e neppure recente, giacchè fino nei secoli più remoti della storia si trovano tracce di segnalamenti descrittivi di delinquenti: l'O. riferisce un documento in proposito che risale a due secoli avanti Cristo.

Poichè le prove peritali che attualmente si adducono per la documentazione dell'identità personale sono svariatissimi, giacchè vanno dalle perizie psichiatriche, calligrafiche, antropologiche, fotografiche, dattiloscopiche, a quelle musicali, potrebbe nel pubblico subentrare il sospetto che la loro attendibilità sia assai relativa.

L'accertamento dell'identità personale si stabilisce sempre in modo indiretto, e allorchè fanno difetto termini di repere personali, l'identificazione non può stabilirsi che indirettamente.

L'O. prende in esame le varie prove a cui si ricorre usualmente e ne analizza il valore.

Discute anzitutto l'attendibilità delle deposizioni testimoniali: queste hanno sempre in sè molti elementi contraddittori, che riconoscono la loro ragione d'essere nel fatto che il teste va incontro, sia pure involontariamente, a fenomeni di suggestione e di trasformazione, dovuti alle cause le più svariate (desideri, repulsioni, timori, speranze, influenza di persone e d'ambiente). Particolari motivi di non attendibilità si hanno allorchè si tratta di valutare le deposizioni dello stesso individuo da identificare, sia perchè può essere portato dal suo interesse personale alla menzogna, sia perchè egli stesso può essere patologicamente smemorato. Le coincidenze, inoltre, possono rendere ancora più difficile il problema dell'identificazione, come avvenne di due persone che si presentavano identiche per fisionomia ed avevano per di più un figlio che portava lo stesso nome, le quali si trovarono implicate in un medesimo affare giudiziario.

I testi poi, chiamati a rispondere della identità di un individuo, limitano la loro attenzione ai tratti più grossolani della fisionomia, quali possono essere dati dallo stato dei capelli e della barba, che, come si sa, può essere abilmente contraffatto. Più attendibili evidentemente risultano le affermazioni dei testi, se sono riferite a contrassegni non alterabili, come cicatrici, nei, verruche.

L'O. passa poi a discutere il valore delle prove psichiatriche, e riconosce quanto siano anche esse fallaci: la diagnosi di simulazione è irta di particolari difficoltà. Lo stesso dicasi della scrittura, che può andare soggetta alle più svariate alterazioni volontarie o morbose.

Pertanto l'O. esprime l'opinione che la prova sicura di identificazione personale non è fondata che sul rilievo obbiettivo di fatti obbiettivamente accertati, che non diano luogo a giudizi aprioristici e non prestino il fianco alla suggestione: sono essi costituiti dalla dattiloscopia e dal rilievo dei tratti fisionomici, specie del naso e dell'orecchio. Il rilievo della statura va soggetto a molte cause d'errore, sicchè non offre che scarsa attendibilità.

Per quanto riguarda le impronte digitali, vanno presi in considerazione i cosidetti punti caratteristici di esse, che sono così strettamente legati alla personalità dell'individuo, che la formula digitale data dall'insieme delle impronte dei dieci polpastrelli delle dita, non può presentarsi praticamente uguale in due individui. Ma anche questo rilievo è legato alla necessità di rilievi anteriori, con cui poter istituire il paragone, sicchè si può unicamente applicare ad individui che ebbero già a che fare con la giustizia.

L'O. discute poi il valore del cosidetto segnalamento descrittivo o ritratto parlato: dal perito si tiene conto nella valutazione dei tratti fotografici di quelli che sono caratteristici ed immutabili, come il rapporto cranio-facciale, le larghezze fronto-zigomatiche, l'inclinazione delle rime palpebrali, la conformazione delle ali del naso, l'altezza delle sopracciglia.

Il naso e il padiglione dell'orecchio offrono gli elementi più sicuri per la dimostrazione dell'identità personale. L'O. presenta interessantissimi documenti fotografici relativi alla questione della Granduchessa Anastasia di Russia, e dimostra come la sopravissuta non sia la Granduchessa, e ciò in base specialmente al rilievo dei tratti del naso e dell'orecchio.

Venendo poi alla materia nella quale l'O. ha acquistato particolare esperienza, cioè alle prove di identità basate sulla determinazione dei gruppi sanguigni, egli riferisce che lo studio di questi può essere elemento sicuro di identificazione; egli narra il caso avvenuto in una maternità di un'infermiera che aveva scambiato due bambini, i quali poterono essere restituiti ciascuno alla sua propria famiglia, in base alla determinazione del gruppo sanguigno d'essi e dei genitori. La prova biologica dei gruppi sanguigni è largamente seguita all'estero, in quei paesi ove è permessa la ricerca della paternità a tale scopo. Inversamente, queste ricerche potrebbero permettere che un padre conteso tra due famiglie, come nel caso di Collegno, fosse attribuito conformemente alla realtà.

Concludendo, l'O. dice che delle varie prove per accertare l'identità personale, alcune sono addirittura fallaci, mentre altre hanno in sè molti elementi di probabilità, sicchè vanno valutate nel loro insieme: se sono contradittorie, la decisione riveste carattere di particolare gravità. Sono invece prove certe quelle fondate sui rilievi dattiloscopici e segnaletici. L'O. esprime da ultimo la certezza che la scienza potrà portare un contributo sicuro nella prossima risoluzione del caso dello sconosciuto di Collegno, così da tranquillizzare l'opinione pubblica.

La brillante conferenza del prof. LATTES è stata illustrata da numerose interessantissime proiezioni.

Alla fine del suo dire, l'O. ha raccolto dal pubblico, che ne seguì con grande interesse la parola piana e convincente, vivissimi applausi.

Commemorazione del prof. Carlo Forlanini.

Il 25 maggio u. s., decimo anniversario della morte di Carlo Forlanini, nell'Aula della Clinica Medica della nostra Università l'on. prof. Eugenio Morelli ha commemorato l'illustre Maestro. Erano presenti il Prefetto di Pavia, il Podestà, numerosi allievi del Maestro, i professori della nostra Università e molti professori di altre Università italiane.

Il Podestà di Pavia, prof. Vaccari, che presiede la commemorazione, prende la parola per illustrare il vanto dell'Università pavese di essere stata la culla della grande scoperta del pneumotorace artificiale; cede poi la parola al prof. Morelli. Questi, con parole commosse, ricorda ai colleghi allievi del grande scomparso la figura del comune Maestro, che fu un vero padre per tutti loro. Accenna poi alla scoperta del pneumotorace artificiale, e alle ansie del Forlanini che precedettero la maturazione e l'attuazione dei suoi concetti sulla collasso-terapia polmonare della tubercolosi; il Morelli si rammarica che in Italia sempre sia stata misconosciuta la geniale idea del Forlanini nelle sue prime applicazioni pratiche, e che il riconoscimento dell'alto valore della scoperta sia prima venuto dall'estero.

Il Morelli peraltro non ritiene il pneumotorace artificiale che la scoperta più pratica del Maestro, poichè altre grandi concezioni Egli ebbe in altri campi della Patologia e della Clinica: così l'endocrinologia fu dal Forlanini coltivata con geniali intuizioni di vero precursore, specie riguardo alle funzioni delle surrenali; la concezione dell'ipertensione da arterospasmo ha dei meriti, secondo il Morelli, che nel campo scientifico superano quelli dello stesso pneumotorace.

Il Morelli traccia poi un breve efficace profilo biografico del Maestro, quale Italiano di purissima fede, e quale Uomo di sublime integrità di coscienza, e ne ricorda, destando viva commozione nei presenti, gli ultimi giorni di vita, nei quali si rivelò e rifulse il grande affetto che Egli portava a tutti i Suoi discepoli.

Il prof. Morelli raccoglie, alla fine del suo dire, un lungo applauso dall'uditorio, e riprende la parola il Podestà di Pavia, prof. Vaccari, per leggere numerosissime lettere e telegrammi di professori che inviano la loro adesione alla commemorazione. Il Podestà, infine, a nome della città di Pavia, assume l'impegno di ricordare la memoria di Carlo Forlanini in modo imperituro.

Dott. ALESSANDRO ESPOSITO.

NOTIZIE DIVERSE.

Calendario dei Congressi.

29-30 giugno, Danzica: Giornate mediche tedesche e Riunione della Società tedesca nord-occidentale di medicina interna.

Id., Copenaghen: Congresso internazionale per l'educazione sessuale.

2-8 luglio, Parigi: Congresso internaz. dell'abitazione; segreteria generale: rue de Sévigné 29, Paris.

3-4 luglio, Parigi: Congresso internaz. di neurologia; segreteria: Ospice de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital 47, Paris; v. fasc. 23.

5-8 luglio, Parigi: Congresso internaz. d'assistenza pubblica e privata; segreteria gener.: rue de Miromesmil 49, Paris.

8-12 luglio, Parigi: Congresso internaz. per la protezione dell'infanzia; segreteria gener.: avenue Victor-Emanuel-III 37, Paris (8e); v. fasc. 49 del 1927 e 23 del 1928.

8-13 luglio, Parigi: Conferenza internaz. dei servizi sociali; segreteria gen.: rue Vélasquez 2, Paris.

12-14 luglio, Vienna: Congresso internaz. di Logopedia e Foniatria; v. fasc. 25.

15-16 luglio, S. Pellegrino: Convegno medico per lo studio dell'uricemia; adesioni alla Presidenza della Associazione d'Idrologia, via S. Barnaba 8, Milano; v. fasc. 14.

15-19 luglio, Rio de Janeiro: Prime Giornate Mediche di Rio de Janeiro; segret. gener.: prof. Belmiro Valverde, rua S. José 84, 8° andar, Rio de Janeiro; v. fasc. 18.

23-27 luglio, Stoccolma: 2° Congr. internaz. di radiologia; segretario: Dr. Alexes Renander, Sophiahemmet, Stockholm (Svezia); v. fasc. 51 del 1927.

23-28 luglio, Anversa: 32° Congr. degli alienisti e neurologi di lingua francese; segr. gen.: Dr. Meens, Nervierstraat 21, Anvers (Belgio); vedi fascicoli 1 e 9.

29 lug.-1 agosto, Copenghen: 1° Congr. internazionale di oto-rino-laringologia; segr. gen.-cassiere: Dr. Georgen Moller, Likkesholms Alle 8, Copenhague V (Danimarca); v. fasc. 49 del 1927 e 1 e 24 del 1928.

5-8 agosto, Copenaghen: 8° Congresso internaz. di dermatologia e sifilografia; segretario gen.: Dr. S. Lamholt, Raadhusplads 45, Copenhague (Danimarca); v. fasc. 23.

20-25 agosto, Atwerpen: 19° Congr. internaz. per la lotta contro l'alcoolismo.

Fine agosto, Rimini: Congr. Nazion. di Talassoterapia; segretario: prof. Silvestrini, Corso di Augusto 69, Rimini; v. fasc. 22 e 24.

5-7 settembre, Quebec: 10° Congr. dell'Assoc. dei medici di lingua francese dell'America del Nord; v. fasc. 13.

10-12 settembre, Praga: Congresso tedesco di ortopedia.

10-13 settembre, Losanna e Leysin: 1° Congresso internaz. di attinoterapia; segret. gen. per l'Italia: prof. Giulio Ceresole, Ospedale Civile, Venezia; v. fasc. 9, 13 e 24.

12-14 settembre: Amsterdam: 8a Riunione delle Società per le malattie della digestione e del ricambio; v. fasc. 23.

13-15 settembre: Amburgo: Società tedesca di pediatria.

25-27 settembre, Roma: 6a Conferenza internaz. per la lotta antitubercolare; segretari gen.: prof. A. Ilvento e dott. F. Bocchetti, via Toscana 12, Roma (25); v. fasc. 20.

25-28 settembre, Roma: Convegno nazionale delle infermiere; v. fasc. 20.

23-29 settembre, Carlsbad: Congresso internaz. di balneologia e balneoterapia.

27-29 settembre, Berlino: 8a Riunione della Società tedesca d'urologia; adesioni: San.-Rah. Dr. A. Lewin, Taventzienstr. 13, Berlin W. 50; vedi fasc. 17.

Settembre, 2a metà: Torino, Congresso della Soc. ital. di studi scientifici sulla tubercolosi; segreteria: via G. Ferraris 18, Milano (115); v. fasc. 13;

Settembre, Buenos Aires: 1a Conferenza latino-americana di neurologia, psichiatria e medicina legale; segreteria gen.: Santa Fè 1171, Buenos Aires; v. fasc. 45 del 1927.

Settembre-ottobre, Parigi: 6° Congresso dei pediatri di lingua francese; segretario gen.: Dr. Ribadeau-Dumas, rue de Ponthieu 61, Paris; vedi fasc. 13.

9-11 ottobre, Parigi: 20° Congresso francese di medicina legale; segretario gen.: Dr. Michel, rue de Rigny 5, Nancy; v. fasc. 18 e 23.

10-11 ottobre, Roma: 18° Congresso di Ortopedia; segretario: prof. S. Crainz, R. Clinica Ortopedica e Traumatologica, Roma.

10-15 ottobre, Roma: 34° Congresso della Società italiana di medicina interna; segretario generale: prof. G. Sabatini, R. Clinica Medica, Roma; v. fasc. 18.

12-15 ottobre, Roma: 35° Congresso della Società Italiana di Chirurgia; segretario: prof. R. Brancati, R. Clinica Chirurgica, Roma.

15-16 ottobre, Roma: 7° Congresso della Società Ital. di Urologia; segretario: prof. E. Mingazzini, R. Clinica Chirurgica, Roma.

4-7 novembre, Bordeaux: Giornate mediche bordolesi e cinquantenario della Facoltà di Medicina.

11-16 novembre, Arequipa: 2° Congresso medico peruviano; v. fasc. 21.

12-23 dicembre, Cairo: Giornate mediche d'Egitto; v. fasc. 10.

15-22 dicembre, Cairo: Congresso internaz. di medicina tropicale e centenario della Facoltà di Medicina; v. fasc. 6.

Congresso italiano di Chirurgia.

Il 35° Congresso della Società Italiana di Chirurgia si terrà in Roma al Policlinico Umberto I sotto la presidenza del prof. Alessandri nei giorni 12, 13, 14 e 15 ottobre, contemporaneamente a quello della Società Italiana di Medicina Interna.

Temi di relazione sono (in comune colla Società di Medicina Interna): « Tumori del midollo spinale e loro cura », relatore prof. L. Dominici (Sassari), e « Risultati della cura chirurgica dei tumori maligni (cancro) dell'apparecchio digerente (bocca, esofago, stomaco, intestino) negli ultimi otto anni (1920-1927). Statistica Italiana », relatori i proff. G. Baggio (Cagliari) e V. Simeoni (Napoli). Segretario: prof. Raffaele Brancati, R. Clinica chirurgica, Roma.

Congresso italiano di Urologia.

Il 7° Congresso della Società Italiana di Urologia si terrà quest'anno in Roma al Policlinico Umberto I nei giorni 15 e 16 ottobre. Tema di relazione è: « Le colibacilluria », relatori i proff. V. Jura e L. A. Bonanome (Roma). Segretario: prof. Ermanno Mingazzini, R. Clinica Chirurgica, Roma.

Congresso italiano di Ortopedia.

Il 18° Congresso della Società Italiana di Ortopedia avrà luogo, salvo disposizioni superiori, in Roma nei giorni 10-11 ottobre.

Tema di relazione è: « L'etiologia della scoliosi » svolto dal prof. Lavermicocca di Milano.

Presidente del Congresso è il prof. Emilio Comisso di Trieste; segretario il prof. Silvio Crainz, R. Istituto di Clinica Ortopedica e Traumatologica, Policlinico Umberto I, Roma.

Congresso internazionale di Oto-rino-laringologia.

Come abbiamo annunziato, è indetto a Copenaghen dal 29 luglio al 1° agosto.

Per informazioni rivolgersi al Dr. Miegeville, place Ventimille 15, Paris (IXe); tesoriere: Dr. Jorgen Moller, Lyckesholm-Alle 7, Copenhague (5°); quota: 30 corone danesi.

Congresso internazionale di Actinologia.

Diversamente da quanto era stato annunziato, la Conferenza internazionale della Luce avrà luogo, invece che il 4-7 settembre, il 10-13 dello stesso mese, a Losanna e Leysin.

Chi desidera il programma completo del Congresso lo richieda al prof. Giulio Ceresole, Ospedale Civile, Venezia.

Congresso argentino di Medicina tropicale.

Dal 7 al 9 maggio si è tenuta a Santiago del Estero la 4^a Riunione della « Societad de Patologia Regional del Norte ». Vennero discussi importanti problemi; molto posto si è fatto alla malaria. L'Italia era rappresentata dal dott. Franchini.

L'Associazione generale dei medici francesi.

Il 20 maggio, nel grande anfiteatro della Facoltà Medica di Parigi, si è adunata la 66^a assemblea generale annua dell'« Association générale des médecins de France », sotto la presidenza del dott. Bellencontre. Settanta società dipartimentali avevano mandato dei rappresentanti, per discutere i problemi all'ordine del giorno di mutualità e di solidarietà professionale. Nel discorso inaugurale il presidente annunziò che ormai la Società è in grado di distribuire annualmente 300.000 franchi, sotto forma di sovvenzioni o di pensioni ai medici anziani, alle vedove ed agli orfani di medici. Le questioni della pletora medica e del segreto professionale furono oggetto di ampia discussione, in esito alla quale si approvò un ordine del giorno che conferma le decisioni prese dal Congresso dei Sindacati medici nel dicembre 1927.

La riunione fu chiusa da un cordiale simposio; parlarono i dottori Bellencontre, presidente dell'Associazione, Vanverts, presidente della Federazione dei Sindacati medici, Dibos, presidente dell'Unione Medica, il sig. Comar, presidente della Unione dei fabbricanti di prodotti farmaceutici medici, l'on. Comar e il prof. Balthazard, attivo difensore degli interessi del corpo medico francese.

Società di Logopedia e Foniatria.

È stata costituita recentemente a La Aja, con lo scopo di studiare i difetti del linguaggio e della fonetica e i mezzi per emendarli. Essa terrà dei Congressi, di cui il primo è indetto a Vienna dal 12 al 14 luglio; organizzerà anche corsi di conferenze e dimostrazioni, ambulatori medici, ecc. Chiederà la cooperazione di oto-rino-laringologi, neuropatologi, psichiatri e psicologi. A presidente della nuova Società è stato scelto il dott. P. H. Schreuder.

Associazione americana dei redattori medici.

L'« American Medical Editors' Association » venne fondata nel 1869 e da allora ha spiegato un'intensa attività, diretta ad elevare il livello della professione medica, a organizzare la classe, a lottare contro il ciarlatanismo farmaceutico, ecc. Quali presidenti dell'Associazione hanno figurato molti dei più bei nomi che vanti la medicina americana. Dopo la morte del penultimo presidente, Dr. Henry O. Marcy, avvenuta nel 1923, l'Associazione aveva dato pochi segni di vita. Il nuovo presidente, Dr. H. Lyon Hunt, ha convocato, nel gennaio di quest'anno, un'adunanza per studiare la convenienza e i mezzi di riattivare l'Associazione. Da allora vi hanno aderito tutti gli antichi soci, in numero di 117, ed oltre 100 soci nuovi. Sono stati costituiti numerosi Comitati, per studiare i problemi di maggiore interesse ed attualità per la professione medica; quattro Comitati (uno negli Stati Uniti, uno nel Canadà, uno in Inghilterra ed uno in Francia, salvo a costituirne altri) hanno il compito di indagare sugli studî medici nei varî Paesi, sugli esami d'abilitazione all'esercizio medico, sugli scambi internazionali di insegnanti e di studenti di medicina e di elaborare delle proposte di modificazioni e perfezionamenti nel campo didattico. Altri Comitati concernono: i laboratori commerciali, gli ospedali « aper-

-ti », l'infortunistica, l'assicurazione dei medici, la pubblicità medica, il proibizionismo, ecc.

Associazione della Stampa Medica Olandese.

La « Nederlandsche Vereenigung der Geneeskunde » venne fondata nel 1905 ed affiliata alla Associazione Internazionale della Stampa Medica, la quale, com'è noto, ha cessato di funzionare con la guerra. Durante gli ultimi 15 anni l'Associazione olandese, non aveva più dato segni di vita, come è accaduto per le associazioni congeneri di altri Paesi. Ora essa è stata richiamata in vita dal prof. Burger ed ha raccolto la maggioranza dei giornali medici olandesi — i quali non sono molto numerosi — sotto la presidenza di Van Rynberk. Sono stati ammessi a far parte dell'Associazione i redattori delle rubriche mediche dei giornali politici.

L'Associazione include per ora i periodici seguenti: « Nederlandsche Tijdschrif voor Geneeskunde », « Geneeskunde Gids », « Geneeskundige Bladen », « Nederlandsch Maanblad voor Geneeskunde », « Janus », « Vox Medicorum », « Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde », « Tijdschrift voor Sociale Hygiëne », « Psychiatrische en neurologische Bladen », « Nederlandsche Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaekologie », « Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank », « R. K. Arsenblad », « Homeopatisch Maanblad ».

Associazione americana delle Biblioteche mediche.

Si adunerà dal 5 al 7 settembre, nei locali dell'Accademia di Medicina di New York. Segretaria del Comitato è miss Lillia Trask, librarian, Rockefeller Institute for Medical Research, Broadway 61, New York.

Corso di preparazione alla carriera di Medico di Bordo.

Il 1° luglio, nell'Istituto d'Igiene della Università di Padova, avrà principio il III corso di preparazione alla carriera di Medico di bordo, autorizzato dal superiore Ministero della Pubblica Istruzione. Esso sarà diviso in due parti, delle quali una si svolgerà nella sede Universitaria e l'altra in Venezia, per la necessaria pratica in un porto.

Tasse complessive L. 566.30, da versare alla Cassa dell'Economato dell'Università.

A chi avrà frequentato il Corso verrà rilasciato un certificato degli studi compiuti.

Corso di perfezionamento sul cancro.

Un corso di perfezionamento sui metodi diagnostici e curativi del cancro si terrà dal 2 al 13 luglio presso l'« Institut du Cancer » della Facoltà Medica di Parigi, diretto dal prof. G. Roussy. Tassa di frequenza 200 franchi. Per le iscrizioni rivolgersi a: M.lle Hure, secrétaire de l'Association pour le Développement des Relations Médicales avec l'Étranger, rue de la Faculté de Médecine 12, Paris (VIe).

I dentisti in Francia.

La « Revue de Chirurgie dentaire » calcola che nel 1926 si aveva, in Francia, un dentista ogni 6650 abitanti. La proporzione si riduceva nella « provincia » — ossia escludendo la metropoli — a 1:9300. In alcune regioni scendeva molto, a 1:20.000, e nella regione della Lozère si avevano 3 soli dentisti per 103.824 abitanti.

L'insegnamento della stomatologia a Utrecht.

Si è celebrato il cinquantenario di fondazione dell'insegnamento di stomatologia all'Università di Utrecht (Olanda).

Attualmente gl'inscritti ammontano al cospicuo numero di 350.

Un ospedale greco a Parigi.

Ad iniziativa del dott. Sotiriades di Atene, si è deliberato di erigere a Parigi un Ospedale greco. Si è costituita all'uopo un'« Association des amis de l'hôpital hellène ». I mezzi saranno in larga misura forniti dalla « Fondazione del Maresciallo Foch ». L'ospedale sorgerà in rue Vergniaud 60. La direzione ne sarà affidata al chirurgo Dr. Paul Descamps, ma il personale medico ed infermiere sarà greco. La presidenza onoraria è stata affidata ai ministri degli esteri della Francia e della Grecia; la presidenza amministrativa al ministro greco in Francia, on. Politis.

Per la clinica chirurgica di St. Louis.

L'Università Washington di St. Louis (Stati Uniti) ha ricevuto 750.000 dollari, pari a circa 14 milioni di lire it., perchè possa provvedere a ingrandire e riorganizzare la Clinica chirurgica, unitamente al Barnes Hospital, che vi è annesso, sul modello delle Cliniche europee.

Di quella somma 150.000 dollari sono stati elargiti dal sig. Frank C. Rand, e altrettanti dal sig. Jackson Johnson, l'uno e l'altro della Compagnia Internazionale di Calzature e membri del consiglio amministrativo dell'Università; 450.000 dollari sono stati assegnati dal « General Education Board » di New York.

La capacità della Clinica verrà portata a 200 letti.

La lotta contro le mosche.

La « Gazzetta Ufficiale » ha pubblicato il regolamento per l'applicazione del decreto 20 maggio 1928 contenente disposizioni per la lotta contro le mosche.

Il regolamento verrà integralmente riportato nel prossimo numero del « Diritto Pubblico Sanitario ».

Il Governatore di Roma ha emanato un'ordinanza, composta di 10 articoli, per l'esecuzione del decreto e del regolamento suddetti.

Ufficio d'informazioni mediche in Germania.

Un Ufficio centrale d'informazioni è stato ufficialmente costituito a Berlino; esso fornisce informazioni gratuite per quanto concerne gli studî medici, i corsi di perfezionamento, gli ospedali, ecc. La sede dell'ufficio è alla Kaiserin Friedrich-Haus (Luisenplatz 2-4, Berlin N. W. 6.).

Concerti negli ospedali parigini.

Parecchie società orchestrali di Parigi hanno organizzato dei concerti negli Ospedali. All'Ospedale della Salpêtrière per malati mentali e per incurabili, la « Schola ludorum » tiene un concerto ogni settimana. All'Asilo di Sant'Anna per malati mentali il dott. Toulouse ha rilevato i buoni effetti che spesso esercita la musica.

Onoranze al Prof. Bottazzi.

Sono stati tributati solenni festeggiamenti al prof. Filippo Bottazzi in occasione del suo 25° anno d'insegnamento. Ne daremo ampia notizia in un prossimo numero.

In memoria di Chiarugi.

Il 21 maggio fu solennemente inaugurato un monumento a Vincenzo Chiarugi nell'atrio dell'Ospedale Psichiatrico di San Salvi a Firenze. Parlarono applauditissimi i proff. Amaldi e Tanzi.

La febbre gialla ha mietuto nuove vittime tra gli studiosi che tentano di svelarne il mistero.

Annunziammo già la perdita di Adrian Stokes, il quale faceva parte della Missione scientifica inviata dalla Fondazione Rockefeller sulla Costa d'Oro, in Africa, per lo studio della grave malattia.

Giunge ora notizia che sono morti, quasi simultaneamente, altri due membri della Missione: il dott. Young, che n'era a capo, e il dott. Noguchi.

Il dott. Hideyo Noguchi era nato il 24 novembre 1876 a Wakomotu, nel Giappone. Ultimò i suoi studî di medicina a Tokio nel 1898. Dopo essere stato interno di ospedale, entrò nell'Istituto per lo studio delle malattie infettive diretto dal Kitasato. Nel 1901 si recò all'Università di Pennsylvania e fu assunto come assistente dal Flexner. Nel 1903 e 1904 studiò all'Istituto sieroterapico danese, diretto dal Madsen. Dal 1904 era entrato nell'Istituto Rockefeller, ove sviluppò tutte le sue possibilità.

Il Noguchi ha compiuto una serie di scoperte importanti, che ne avevano fatto uno dei microbiologi più universalmente noti. A lui dobbiamo la coltura delle spirochete della sifilide, della febbre ricorrente, del pian e di altre malattie. Ha anche introdotto la reazione luetinica della sifilide e la « reazione di Noguchi » del liquido cefalo-rachidiano. Dette per primo la dimostrazione che il cervello dei paralitici progressivi contiene gli spirocheti specifici viventi. Durante questi ultimi anni aveva affrontato l'etiologia della febbre gialla ed aveva creduto di scoprirne l'agente specifico nella *Leptospira icteroides*, su cui egli ha cumulato una quantità imponente di ricerche; se non che, ulteriori esperienze venute da più parti hanno fatto cadere questa magnifica costruzione: lo stesso Noguchi ultimamente aveva finito per riconoscere, con la massima lealtà, che il suo germe non aveva alcun compito specifico nella genesi della febbre gialla. Ed egli si era orientato per altre vie. La *Leptospira icteroides*


Photograph by Underwood & Underwood

risulterebbe identificabile con la *Leptospira icterohaemorrhagiae*, causa dell'ittero infettivo spirochetosico.

Il Noguchi aveva trovato liberale ospitalità presso l'Istituto Rockefeller, che, secondo le sue ammirevoli direttive, non fa alcuna distinzione di razza e di nazionalità nel sostenere e nell'incoraggiare gli studiosi: eminentemente internazionale, la Rockefeller ha saputo rivelare personalità scientifiche di primissimo ordine e di tutti i paesi, da Loeb a Meltzer, da Carrel a Noguchi.

Vada il nostro pensiero commosso e riverente alla memoria delle nuove vittime immolatesi sull'altare della Scienza.

V.

Il 31 marzo si è spento a Ginevra, in età di 83 anni, il sig. GUSTAVO ADOR, che dal 1910 presiedeva il Comitato Internazionale delle Croci Rosse.

Egli aveva percorso, in Svizzera, una brillante carriera politica, fino al grado supremo di presidente della Confederazione.

Durante la guerra ha spiegato un'attività instancabile, che ne ha fatto, come si è espresso il re dei Belgi, « il gran benefattore di tutte le vittime della guerra ». A lui si devono gli aiuti

ai prigionieri di guerra, un servizio che assunse sviluppo formidabile, tanto da dovervi adibire un personale di oltre mille impiegati. A lui si deve sovratutto l'organizzazione degli scambi di prigionieri: prima quelli civili, poi i grandi invalidi, poi i malati e feriti padri di famiglia, poterono essere restituiti alle loro case, ovvero internati in Svizzera. Dopo l'armistizio provvide ai rimpatri, alla ricerca dei dispersi, alla raccolta d'informazioni. Ha avuto altre iniziative nobilissime, come l'appello contro l'impiego dei gas asfissianti.

Ai funerali la sua salma venne certamente seguita dal pensiero riconoscente d'infinite persone, che Egli aveva contribuito a consolare od a beneficare.

P.

La Croce Rossa ha subìto un'altra grave perdita con la morte, avvenuta il 28 marzo, del colonnello CARLO BOHNY, presidente della Croce Rossa Svizzera e governatore della Lega Internazionale delle Croci Rosse fondata dopo l'armistizio.

Egli aveva efficacemente cooperato con l'Ador allo scambio di prigionieri tra le Nazioni belligeranti.

Contava 72 anni.

P.

Il 18 maggio si è spento il dott. GUGLIELMO GELOSI. Nato nel 1892, fu assistente e poi aiuto medico negli Ospedali Riuniti di Roma; fu anche per un biennio assistente nell'Ospedale Bambino Gesù e da un quadriennio era medico di bordo. Di carattere mite, modesto, generoso, ebbe un vero culto per la sua professione che esercitò con intelligenza e con zelo dedicandosi in particolar modo alla cura delle malattie dei bambini. Lascia un largo rimpianto.

PROSPERI.

Il 13 corr. si è spento in Siena PIER EUGENIO SCLAVO, dottore in medicina e chirurgia. Aveva trent'anni! Intelligentissimo, colto, compiutamente preparato, è caduto nell'ora più bella del suo cammino, sulla via luminosa che il Padre gli aveva dischiuso con grande amore, con mirabile esempio, sapientemente.

Procedevano vicini: l'uno in piena maturità scientifica, con vigore animato da ardente fiamma di bene; l'altro, nella luce della sua giovinezza, piena di speranze e di promesse. Quanta passione, quanta vita in questa unione; quando dolore nel distacco!

Intensamente commossi ci inchiniamo, con profonda mestizia, sulla tomba del giovane così immaturamente strappato all'amore della famiglia ed agli studi; con animo addolorato volgiamo in silenzio il nostro pensiero, che racchiude il sentimento migliore di tutti noi, all'amico prof. Achille Sclavo.

g. s.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXV Roma, 2 Luglio 1928 Fasc. 26

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
diretto dal Prof. VITTORIO ASCOLI.

La reazione di Kahn

per il dott. MARIO SABATUCCI, assistente volontario.

Dopo le prime osservazioni sui precipitati che in determinate condizioni possono formarsi dal reagire del siero di sifilitico sopra speciali soluzioni colloidali di lipoidi aventi funzione di antigene, tutta la moderna sierologia della sifilide si è indirizzata allo studio di queste reazioni di flocculazione, che si presentavano quanto mai degne d'interesse, anche dal punto di vista pratico, per la notevole semplicità di esecuzione di fronte alla W. R. Le speranze in esse fondate si sono in grandissima parte realizzate: la reazione di Sachs-Georgi, la reazione di Meinicke e specie le sue più recenti modificazioni quali la D. M. R., la M. T. R. (reazione d'intorbidamento, al balsamo del tulù), la M. M. R. (microreazione), la reazione di Dold hanno dato, in mano ai più svariati sperimentatori, risultati molto lusinghieri, con una percentuale di concordanza con la W. R. dal 94 al 99 %. Anche la durata della reazione si è abbreviata notevolmente: dalle 24 ore necessarie per la reazione di Sachs-Georgi, si è arrivati alla M. T. R. e alla M. M. R., che si possono leggere dopo un'ora.

Sembrerebbe pertanto superfluo occuparsi della nuova reazione per la sierodiagnosi della sifilide, reazione proposta dall'americano R. L. Kahn nel 1922 e poi ripresentata nella sua seconda modificazione nel 1923; ma i risultati degli autori, in gran parte americani, che l'hanno studiata, e la semplicità e rapidità di esecuzione sono tali, che abbiamo voluto farci un concetto del valore della reazione stessa.

Mentre nelle solite reazioni di flocculazione si mescola al siero una soluzione colloidale d'antigene, soluzione che si presenta più o meno torbida ed opalescente, ma del tutto priva di precipitati, anche microscopici, e si attende la formazione di una flocculazione tenendo la miscela in termostato per un certo numero di ore, nella reazione di Kahn invece al siero si unisce un antigene che per il fatto stesso della sua diluizione, in determinate proporzioni, colla soluzione fisiologica, presenta già un precipitato grossolano, e si studia la solubilità di questo precipitato nel siero in esame. Nei sieri negativi, o nella soluzione fisiologica, il precipitato si scioglie completamente, e la miscela assume un aspetto uniformemente opalescente, mentre nei

sieri positivi esso rimane indisciolto, e si rende anzi meglio evidente. Da notare però che la maggiore o minore solubilità del precipitato è in rapporto a due fattori: titolo della diluizione d'antigene, e tempo che passa tra la preparazione di essa e il suo uso: inquantochè diminuendo la quantità di soluzione fisiologica con cui si diluisce l'antigene, o usandolo molto tempo dopo la sua diluizione, si può arrivare ad ottenere un precipitato non più solubile neanche nei sieri negativi, o nella soluzione fisiologica. Al contrario, aumentando la quantità di soluzione fisiologica, il precipitato diventa tanto più facilmente solubile, e le reazioni positive si fanno sempre meno evidenti. Vedremo pertanto in seguito come il titolo dell'antigene corrisponda appunto a quella diluizione che pur contenendo la quantità massima di antigene, dia un precipitato completamente solubile nei sieri negativi o nella soluzione fisiologica.

Questa la reazione, nelle sue linee generali: passiamo ora ad esporre, con un certo dettaglio, la tecnica, che riportiamo dalle pubblicazioni originali di Kahn.

I reagenti usati sono l'antigene, il siero in esame, e la soluzione fisiologica.

Antigene. — L'antigene di Kahn è un estratto alcoolico colesterinizzato di cuore di bue esaurito con etere.

Esso si prepara così:

Circa 400 gr. di cuore di bue, provenienti da almeno tre cuori diversi, vengono tagliati in piccoli pezzi, e passati attraverso la macchina trita-carne per 3 o 4 volte. La poltiglia viene distesa in un piatto di vetro o di porcellana, e sottoposta all'azione di uno o due ventilatori. Dopo 6-7 ore la parte esposta all'aria è relativamente asciutta: allora si espone all'aria l'altra superficie, che era a contatto del piatto. Quando lo strato di poltiglia di cuore è divenuto una piastra secca, allora si divide in piccoli pezzi, e si continua ad asciugare finchè il materiale divenga fragile, e facilmente triturabile. Allora esso viene ridotto in polvere in un mortaio, o in una macchina da macinare il caffè, mai usata ad altri scopi.

Questa è la polvere di cuore di bue, che può aversi già pronta dalla « The Digestive Ferments Company » Detroit-Michigan, U. S. A.; dove viene preparata su larghissima scala, usando fino a 75 cuori contemporaneamente: col vantaggio quindi di una grande costanza ed uniformità di composizione. 25 gr. di questa polvere vengono posti in un Erlenmeyer da 250 cmc., insieme con 100 cmc. di etere purissimo, da anestesia. Si agita di quando in quando, e dopo 10 minuti si filtra, cercando con una modica compressione sul filtro, di liberare quanto più è possibile la polvere dall'etere. Poi la polvere viene posta di nuovo nello stesso Erlenmeyer già usato per la prima estrazione, insieme con 75 cmc. di etere. Si tiene a contatto per 10 minuti, agitando spesso, e poi si filtra. Dopo questa seconda filtrazione, la polvere di cuore viene sottoposta ancora ad altre due estrazioni, sempre con 75 cmc. di etere, e per 10 minuti ogni volta.

Dopo l'ultima filtrazione, si spreme bene la polvere dall'etere, e la si pone a 37°, o a temperatura di stanza, finchè sia perfettamente asciutta, e non odori più di etere. La polvere così disseccata viene posta in un Erlenmeyer da 250 cmc.; e si aggiunge alcool a 95° in proporzione di 5 cmc. di alcool ogni grammo di polvere. Si agita per 10 minuti, e poi si lascia a temperatura di stanza (21° C.) per tre giorni, agitando spesso. Passato questo periodo, si agita per 5 minuti, e si filtra. Il filtrato, color giallo oro carico, viene conservato al buio, a temperatura di stanza; e costituisce lo stock-antigene.

Una certa quantità di stock-antigene (presumibilmente quella che basterà per 1-2 mesi) viene colesterinizzata, aggiungendo 6 mmgr. di colesterina chimicamente pura per ogni cmc. di estratto. La colesterina si scioglie bene agitando il recipiente, e tenendolo a bagno-maria a 37°. Quando la colesterina si è sciolta, si filtra: e l'antigene è pronto.

È importante che l'etere sia purissimo, e che l'alcool abbia esattamente il grado di 95.

L'antigene viene conservato al buio, in recipiente chiuso con tappo di sughero ricoperto da stagnola.

Titolazione dell'antigene. — Essa consiste, come abbiamo già detto, nel trovare la minima quantità di soluzione fisiologica, che aggiunta all'antigene dà con esso un precipitato ancora solubile in soluzione fisiologica o nei sieri negativi.

In genere il titolo dell'antigene preparato nel modo suddetto oscilla intorno ad $1 + 1$: pertanto basterà preparare 5 diluizioni di antigene, che vadano da $1 + 0{,}8$ ad $1 + 1{,}2$. In 5 tubi si pone un cmc. di antigene; in altri cinque tubi quantità crescenti di soluzione fisiologica: 0,8; 0,9; 1; 1,1; 1,2. Quindi i tubi contenenti l'antigene vengono versati rapidamente in quelli contenenti la soluzione fisiologica e passando molte volte le soluzioni da un tubo all'altro, si assicura una perfetta mescolanza. Le cinque diluizioni antigene mostreranno tutte un precipitato, più evidente in quelle contenenti una minore quantità

di soluzione fisiologica. Si lascia in riposo per 30 minuti: trascorsi i quali, da ogni diluizione di antigene, dopo una lieve agitazione, si prelevano cmc. 0,05; 0,025; 0,0125, e si dispongono in tre provette. A ciascuna di esse si aggiunge cmc. 0,15 di soluzione fisiologica, e si agita vigorosamente per 2 minuti: quindi si aggiunge alla prima delle tre provette un cmc. di soluzione fisiologica, e alle altre due cmc. 0,5. Il titolo dell'antigene corrisponderà a quello della diluizione più concentrata d'antigene, il cui precipitato si sia sciolto completamente in tutte e tre le provette.

Mentre nella titolazione la prova si esegue 30 minuti dopo la diluizione dell'antigene, nella esecuzione della reazione l'antigene può usarsi già 10 minuti dopo che è stato diluito, ed è utilizzabile fino a 30 minuti dopo.

Soluzione fisiologica. — Soluzione al 0,85 % di NaCl purissimo in acqua distillata.

Siero in esame. — Il siero, separato dal coagulo, e centrifugato, viene inattivato per 30 minuti a 56° C. Se la reazione deve rimandarsi al giorno seguente a quello della inattivazione del siero, è bene scaldarlo di nuovo a 56° per 10 minuti, prima di usarlo.

Materiale necessario. — Ridotto al minimo:

provette per la reazione (cm. 1 × cm. 7,5);

provette un po' più grandi per la diluizione dell'antigene;

pipette: tra queste è indispensabile averne qualcuna graduata al millesimo;

apparecchio di agitazione, che faccia circa 275 oscillazioni al minuto, sul quale sia possibile adattare il porta-provette.

Esecuzione della reazione. — Si misura in un tubo la soluzione fisiologica, e nell'altro l'antigene (mai meno di un cmc.): e si rimescola rapidamente, passando molte volte la miscela da un tubo all'altro. Trascorsi 10 minuti si misurano in tre provette cmc. 0,05; 0,025; 0,0125 della sospensione di antigene: si aggiungono subito cmc. 0,15 di siero ogni provetta, e si pone in agitatore per tre minuti, esattamente. Poi nel primo dei tre tubi si aggiunge 1 cmc., e negli altri due 0,5 cmc. di soluzione fisiologica. E si legge.

È bene mettere il siero nell'antigene, e non viceversa. Eseguendo molte reazioni insieme è bene appena messo l'antigene, mettere subito il siero: piuttosto che pipettare prima tutto l'antigene, e poi tutti i sieri. Se il siero e l'antigene restano insieme un po' di tempo prima dei tre minuti d'agitazione, questo non danneggia, purchè scuotendo il porta-provette se ne provochi la mescolanza. La temperatura della stanza in cui si lavora non deve essere molto bassa.

Lettura dei risultati. — La lettura si fa contro una finestra: o in qualunque altra condizione di luce, anche artificiale, purchè poi essa rimanga sempre la stessa, in modo che i risultati siano sempre paragonabili fra loro.

L'assenza di ogni precipitato indica reazione negativa. La presenza di un precipitato più o meno grossolano, indica invece reazione positiva. Nei tre tubi la proporzione del siero coll'antigene è di 3:1; 6:1; 12:1; pertanto il terzo tubo mostrerà una flocculazione sempre più evidente, mentre il massimo valore di positività l'avrà la flocculazione nel primo tubo, come quello contenente una maggiore quantità d'antigene rispetto al siero.

Per l'apprezzamento del risultato Kahn dà il seguente schema, che riportiamo integralmente:

I tubo	II tubo	III tubo	Ris. finale
++++	++++	++++	++++
+++	++++	++++	++++
++	++++	++++	+++
+	+++	++++	
—	+++	++++	++
—	++	++++	
—	+	++++	+
—	—	+++	
—	±	++	±
—	±	+	—
—	—	+	
—	—	—	

Solo in casi addirittura eccezionali può ottenersi un risultato paradosso, cioè un precipitato più intenso nel tubo 1 o nel tubo 2 che nel tubo 3.

La lettura è in genere abbastanza facile: ci si può aiutare con una lente, o con l'agglutinoscopio, come propone Spicca. Nei casi in cui le reazioni non siano molto chiare, la permanenza per 15' a 37° C. le rende più manifeste, senza provocare d'altronde la comparsa di reazioni aspecifiche.

***

Controlli al metodo di Kahn ce ne sono già stati molti, quasi tutti per opera di autori americani.

Lucy, eseguendo ricerche comparative fra la W. R. e la K. R., ha trovato concordanza nel 92,62 % dei casi, operando su 178.656 sieri. Secondo la sua esperienza i sieri anticomplementari non modificano i risultati della reazione, e alcune malattie che hanno tendenza a dare W. R. positive aspecifiche, quali la scarlattina e la tubercolosi, non eserciterebbero la stessa azione sulla K. R. Howard non si nasconde i

grandi vantaggi della K. R., quantunque pensi che la W. R. sia più attendibile. Kahn stesso pubblica i risultati di cinque anni di applicazione della sua reazione nel Michigan, dove nel 1925 essa è stata dalla Sanità Publica sostituita alla W. R.; si tratta di 300.000 (!) casi in cui le due reazioni sono state praticate contemporaneamente; e la K. R. si è sempre dimostrata più sensibile e più specifica della W. R. Simili risultati hanno ottenuto anche Thomas G. Hull (26.000 casi) e Hougton, Hunter e Cajigas.

Esiste inoltre un grande numero di lavori sulla natura della reazione, su dettagli di tecnica, su varie modalità di preparazione dell'antigene e sulla sua standardizzazione, sull'influenza sia dell'inquinamento, sia dell'emolisi, e sia dell'invecchiamento dei campioni di sangue sui risultati della K. R.

In Italia invece pochi autori si sono di essa occupati: Spicca si dimostra assai favorevole ad essa, ed ha osservato nella lues primaria la possibilità che la K. R. risulti positiva prima della W. R.; anche il Saccone dà molto valore alla K. R., anzi dice che in assenza di sifilide i casi di W. R. leggermente positiva sono molto più comuni dei casi di Kahn leggermente positiva. Parimenti buoni risultati ha ottenuto Mazzini.

***

Le nostre esperienze si sono iniziate con la preparazione dell'antigene. Però non ostante le cure messe, i risultati non sono stati buoni: tre antigeni, preparati seguendo scrupolosamente le indicazioni di Kahn, avevano titoli molto alti (1 + 1.7; 1 + 1.5; 1 + 1.7) e non davano che reazioni molto deboli. Riferiamo questo insuccesso alla natura dei cuori adoperati, che sono evidentemente molto variabili; e consigliamo pertanto a chi voglia praticare la reazione, di commissionare la polvere di cuore o addirittura l'antigene già preparato alla « The Digestive Ferments Company ». A noi lo ha inviato molto gentilmente lo stesso Kahn; e di ciò gli siamo vivamente grati.

Abbiamo sperimentato la reazione su 530 sieri: su cui eseguivamo contemporaneamente la W. R. (metodo originale; antigene di Sachs ed antigene di Bordet). In genere eseguivamo le reazioni di Kahn nell'ora che le reazioni di W. R. erano in termostato: in un'ora si possono facilmente eseguire 40-50 reazioni di Kahn.

Diciamo subito che le due reazioni hanno coinciso nel 98,68 % dei casi; cioè soltanto in 7 sieri si è avuta discordanza fra le due reazioni. Anche nei riguardi dell'intensità di reazione abbiamo avuto spesso, per quanto non sempre, risultati simili.

Diamo ora una tavola dei casi in cui le due reazioni non hanno coinciso:

TAVOLA I.

Nº del camp. di sangue	Diagnosi	W. R.	K. R.
224	lues curata	negativa	++
246	id.	id.	+++
303	lues terziaria	id.	++
343	Malaria	id.	++
345	id.	id.	++
434	Scomp cardiaco	positiva con l'ant. di Sachs	negativa
436	Colic. epatiche	id.	id.

Come si vede, di 7 casi discordanti, 5 sono nettamente a favore della K. R., mentre due sieri mostrano una certa tendenza della K. R. a riuscire positiva nei casi di malaria, ancor più di quello che non accada con la W. R. Però in altri 8 casi di malaria, con W. R. negativa, anche la K. R. è stata negativa.

Inoltre abbiamo saggiato la K. R. su 7 sieri anticomplementari, nei quali perciò la W. R. non era eseguibile.

TAVOLA II.

Nº del camp. di sangue	Diagnosi	W. R.	K. R.
1	non stor. di lues	A C	negativa
2	cirrosi epatica	A C	+++
3	id.	A C	negativa
4	non stor. di lues	A C	negativa
5	lues	A C	+++
6	lues curata	A C	negativa
7	non stor. di lues	A C	negativa

A parte il caso di cirrosi epatica che ha dato reazione positiva, anche nei sieri anticomplementari la reazione ha dato risultati molto verosimili.

Siamo pertanto convinti del valore e della attendibilità di questa reazione, che non soltanto non ci sembra inferiore alle altre reazioni di flocculazione, ma anzi crediamo realizzi un notevole progresso. Senza contare che a favore di essa milita una semplicità di mezzi e una rapidità e facilità di esecuzione senza pari. Che si possa in 3 o 4 minuti, senza nessun preparativo, e, diremmo quasi, senza laboratorio, praticare la sierodiagnosi della sifilide, con un metodo che non richieda altro che un po' d'antigene, il siero del malato, e qualche pipetta, senza termostato, senza reattivi labili ed incostanti, ci sembra un risultato di cui finora da noi si sia tenuto poco conto.

L'unica obbiezione è che la lettura è un po' meno facile e più delicata di quello che sia la lettura della W. R.: tuttavia crediamo che leggere una flocculazione non debba spaventare l'uomo di laboratorio, e neanche forse il buon medico pratico, che non sia assolutamente digiuno di analisi cliniche. E grande vantaggio potrebbe ritrarne, chi, lontano dai centri batteriologici della città, è costretto a fare a meno nei suoi giudizi clinici del controllo sierologico, che con la reazione di Kahn esula dall'esclusivismo dei grandi laboratori, per entrare nel dominio di ogni medico colto.

Giugno 1928.

BIBLIOGRAFIA.

HOWARD. La Semana Medica, 1926, n. 40.

HOUGTON, HUNTER, CAJIGAS. *The Kahn test.* The Journal of the American Medical Association, 11 giugno 1927.

LUCY. *The Hospital corps Quarterly*, vol. X fasc. 2

MAZZINI. *Processi verbali della Società italiana di Dermatologia*, dic. 1926.

KAHN. *Five Years' Application of the Kahn test.* The Journal of the American Med. Assoc., 26 nov. 1927.

KAHN, KENDRICK, LAUDAU. *Report on Three Hundred Thousand Kahn tests.* Ibid., 9 luglio 1927.

KAHN, NAGLE, KENDRICK. *Studies on antigen for the Kahn test.* The Journal of infectious diseases, vol. 41, n. 2.

KAHN. *Serum-diagnosis of Syphilis by precipitation.* Williams e Wilkins Co., Baltimore.

SACCONE. Rinascenza medica, 5 marzo, 1928.

SPICCA. Pensiero medico, 30 novembre 1927.

THOMAS, G. HULL. The Journal of the Am. Med. Ass., 11 giugno 1927.

YOUNG, KAHN, KENDRICK, ecc. ecc. *Studies on the Kahn precipitation test.* Michigan Departement of health Reprintsseries, n. da 26 a 47.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE CIVILE DI RIVA SUL GARDA.

Due varianti alle comuni incisioni per processi infiammatori acuti di natura chirurgica.

Dott. prof. LUIGI CEVARIO

chirurgo primario e docente in clinica chirurgica e medicina operatoria.

L'imponente ausilio che l'immunologia ha portato anche nella cura dei processi infiammatori acuti di natura chirurgica non esclude certamente al chirurgo la ricerca di nuovi mezzi per meglio raggiungere lo scopo che può essere compendiato nella formula: guarigione rapida, senza propagazione dell'infezione con i minimi danni funzionali ed estetici.

Ci si può chiedere: è sempre raggiunto questo scopo? quali sono i motivi di insuccesso?

La differenza spesso notevole con cui i vari malati reagiscono all'infezione ci conferma il fatto che nella battaglia, locale e generale, che nel focolaio, attorno ad esso e nell'intero organismo si combatte, vi sono individui che dispongono di mezzi difensivi ed offensivi di fronte all'infezione che altri non hanno in eguale misura: i nostri sforzi convergono allora ad aumentare questi poteri di offesa e di difesa. Ricorriamo così alla terapia immunitaria specifica ed aspecifica con grande fiducia ricavandone ognora i migliori servigi.

Ma localmente come regolarci?

A dire il vero la nostra tecnica in proposito non ha in questi ultimi decenni molto acquisito. Se facciamo astrazione dall'asepsi di cui ci circondiamo anche nella chirurgia settica e tacendo della sfiducia con cui abbiamo ormai abbandonato i così detti antisettici dai più svariati odori e colori, i detergenti ed i modificatori più o meno platonici, ci troviamo oggidì a servirci ancora della tecnica dei nostri lontani predecessori, cogli identici tagli, colle identiche applicazioni esterne cui abbiamo aggiunto, per fortuna dei nostri malati, un solo grande rimedio: la garza accuratamente sterile ed asciutta. Non abbiamo perciò difficoltà a confessare che nella nostra camera di medicazione per settici esistono ormai, dopo di essere pur passati attraverso molti esperimenti, tre sole bottigliette (alcool, tintura di iodio ed acqua ossigenata) ed un solo barattolo (pomata sterile all'ossido di zinco). A questi soli mezzi, ad una buona qualità di garza e ad una notevole quantità di sieri affidiamo, quasi esclusivamente, la nostra modesta opera con risultati di cui non abbiamo a dolerci. Abbiamo per altro

fatto convergere tutti i nostri sforzi nel cercare di comprendere quale sia, allo stato attuale della nostra arte, il metodo migliore pel trattamento locale dal punto di vista dell'intervento e delle successive medicazioni e crediamo di fare cosa utile portando a conoscenza dei colleghi alcune innovazioni che abbiamo creduto bene di stabilire nella tecnica di alcune incisioni su processi infiammatori acuti che più frequentemente cadono sotto la nostra osservazione.

Occorre distinguere, dal puro punto di vista terapeutico, nelle forme che abbiamo trattato, tre modalità di processi infiammatori acuti:

1) flemmoni delle guaine tendinee specie delle mani e dei piedi;

2) ascessi caldi con raccolte di notevole volume;

3) adeno flemmoni da comuni piogeni od anche da ulceri molli;

4) foruncoli e favi.

È notorio quale sia la difficoltà nell'ottenere in casi di flemmoni delle guaine tendinee una guarigione pronta, senza danni funzionail ed estetici.

La necrosi del tendine produce in molti casi una deficenza funzionale assai notevole, molte volte si formano aderenze coi tessuti circostanti che rendono assai tardiva la ripresa della funzione e quasi sempre la limitano permanentemente, altre volte infine il processo si diffonde lungo le guaine ed alle guaine vicine mettendo spesso in pericolo addirittura l'arto colpito. Si tratta per lo più di malati che ci arrivano in ospedale negli stadi inoltrati della malattia, quando si è già tentata ogni risorsa empirica od addirittura alle volte quando altri ha già praticata una timida incisione di un paio di centimetri al più in cui ha introdotta una platonica striscia di garza iodoformica della grandezza di una stringa da scarpa: esiste edema notevole, febbre, dolore spesso atroce, perdita della funzione. Di fronte a questi casi un chirurgo oculato deve oggidì regolarsi in questo modo:

1) praticare immediatamente una iniezione di 2 cmc. di siero normale di cavallo e procedere alla pulizia della parte applicando un impacco di alcool iodato;

2) dopo un'ora introdurre altri 30-50 cmc. di siero di cui metà antistreptococcico e metà antistafilococcico;

3) trascorse, se è possibile, altre sei ore procedere all'intervento che deve essere generoso ed arrivare allo scopo che è quello di mettere allo scoperto tutte le guaine lese e di drenarle con ottima garza, sterile ed asciutta.

L'incisione si fa ordinariamente sopra il tendine in questione senza lederlo e deve essere prolungata per lo meno sino al punto ove l'estremità di uno specillo premuta sulla cute risveglia acuto dolore sulla guaina. Non ostante simile tecnica si riscontra qualche rara volta diffusione del processo. Quale il motivo? È precisamente questa la domanda che ci siamo più volte formulati ed a cui ci siamo sforzati di rispondere esaurientemente.

Nei casi d'insuccesso era costante il fenomeno del ristagno di pus non ostante che il taglio fosse sufficente e che la garza non fosse uscita dalla ferita operatoria. L'inconveniente era dovuto, secondo il nostro modesto parere, a due ordini di fattori.

1) Il taglio praticato su tessuti fortemente edematosi, necessariamente poco profondo, su parti per lo più fornite di cute indurita costringeva fortemente coi margini la garza impedendo l'emigrazione dei secreti.

2) L'esiguità della cavità risultante non permetteva d'introdurre nel focolaio una quantità di garza sufficente ad assorbire tutta la secrezione.

Abbiamo perciò modificata la nostra tecnica in questo senso: pur mantenendo inalterata la preparazione immunitaria (cui annettiamo grandissima importanza e da cui non abbiamo mai avuto incidenti) invece di condurre il taglio come una semplice incisione abbiamo praticata addirittura una escisione a margini elittici dei tessuti sovrastanti il focolaio regolandoci nella lunghezza delle incisioni necessarie a seconda della bisogna e dando quasi sempre alla porzione di tessuto asportata la larghezza di circa un centimetro. Le labbra della ferita si possono in simile modo tenere assai bene divaricate nelle parti centrali della perdita di sostanza permettendo un ottimo drenaggio della guaina infetta.

Adottando questa tecnica si può il più delle volte notare dopo appena 24 ore dall'inizio del trattamento l'arresto del processo infiltrativo. Il fondo della lesione si mostra asciutto, la temperatura si è notevolmente abbassata; l'edema ridotto mentre la medicatura è abbondantemente inzuppata di secrezione. Basta allora continuare nelle medicazioni quotidiane mantenendo accuratamente drenata la cavità sino a granulazione del fondo: si arriva così assai presto alla cicatrizzazione che a differenza di quella che si ottiene colle solite incisioni (che procurano un cordone fibroso quasi sempre aderente al tendine) avviene per mezzo di un ponte epidermico che si stabilisce fra i due margini della ferita; è molto facilitata perciò la ripresa funzionale ed il risultato estetico non è certo inferiore.

Per gli ascessi caldi e per gli adenoflemmoni (anche di natura venerea) abbiamo invece modificato, specie nei casi in cui per la speciale localizzazione non è strettamente necessaria una cicatrice lineare, la nostra tecnica nel modo seguente: fatta precedere, nella maggior parte dei

casi la preparazione a base di sieri, pratichiamo sul focolaio una escisione circolare dei tessuti sovrastanti di grandezza proporzionata all'ampiezza del focolaio ed in modo da penetrare agevolmente attraverso una apertura circolare nel focolaio stesso: senza esercitare pressioni lasciamo che il pus si svuoti da sè poscia dreniamo la cavità risultante. Lo stesso metodo usiamo da tempo nel trattamento dei foruncoli e dei favi con ottimo risultato. Attraverso la perdita di sostanza circolare ben presto i cenci necrotici, non più trattenuti dalla cute, vengono eliminati e la cavità residuale ben presto granuleggia.

Abbiamo adottate le suddette variazioni alle comuni incisioni su lesioni suppurative da parecchi anni con ottimo risultato. Le cicatrici che se ne ottengono non sono affatto, come potrebbe sembrare a priori, antiestetiche. Siamo restati anzi più volte sorpresi, nell'esaminare a distanza di mesi i nostri malati, vedendo al posto dell'escisione elittica in casi di flemmoni delle guaine un'ottima cute, mobile, indolente e la parte in ottime condizioni di funzionalità, mentre al posto dell'escisione circolare abbiamo quasi costantemente notata la presenza di una cicatrice di dimensioni così ridotte da passare inosservata. E precisamente paragonando queste cicatrici con quelle che ordinariamente si ottengono coi metodi usuali che ci siamo convinti dell'utilità dell'innovazione e ci permettiamo di consigliarla. Basta a questo proposito osservare le cicatrici che si verificano coi tradizionali tagli in croce per convincerci dell'utilità di un metodo che evita risultati così antiestetici con una rapidità inusitata di guarigione. Il motivo dell'un fatto e dell'altro sono intuitivi.

L'escisione di tessuto permette un ottimo zaffamento del focolaio, decomprime i tessuti malati producendo un'emigrazione verso l'esterno della secrezione, non costringe coi margini la medicatura, realizza in una parola la vera padronanza del focolaio: evita cioè quello che è il maggior danno in siffatte lesioni: il ristagno. La cicatrice che ne risulta è ordinariamente estetica perchè nei tagli elittici si riduce, come già abbiamo detto, ad un ponte epidermico che dai margini laterali della escisione viene a coprire ben presto le granulazioni evitando, nei flemmoni delle guaine le cicatrici fibrose mediane ordinariamente dolenti ed aderenti, quasi sempre limitanti la successiva ripresa funzionale della parte. Nelle escisioni circolari la cicatrice quasi sempre insignificante, è data, a guarigione inoltrata, dalla progressiva diminuzione del diametro della perdita di sostanza ed infine dalla copertura della piccola zona centrale residuale da parte della neoformazione epiteliale che proviene dai margini.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Vaccinazioni per via boccale.

Il dibattito concernente l'efficacia o meno delle vaccinazioni antitifiche per via boccale, specialmente a mezzo dei famosi vaccini biliati, è ancora all'ordine del giorno.

I credenti o gli interessati alla diffusione dei vaccini biliati del Besredka, si sforzano di raccogliere documentazioni statistiche possibilmente favorevoli. Ma, nella maggior parte dei casi, un attento esame delle osservazioni descritte lascia, per lo meno, alquanto perplessi.

È, però, giusto il riconoscere che non è facile trar conclusioni definitive da esperimenti di questa natura, anche se fatti su larga scala, anche se riferiti senza reticenze e con la più scrupolosa obbiettività.

Assumono, quindi, un particolare interesse le osservazioni relative a singoli gruppi di persone viventi nelle stesse condizioni ambientali ed esposti, pertanto, ai medesimi rischi di contagio come possono esserlo i componenti numerosi di una sola famiglia.

In tali casi, i resultati di una vaccinazione collettiva in ambiente infetto, possono paragonarsi a quelli di una esperienza di laboratorio.

Il dott. Cornil, intrattenendosi su questo dibattuto argomento della vaccinazione per via boccale e per via sottocutanea (*Journal des Praticiens*, 27 marzo 1926) accenna a qualche episodio da lui stesso osservato nel proprio paese di Roquevaire (Marsiglia), ove la febbre tifoide è molto frequente.

Molto significativo è, ad esempio, il caso seguente. Famiglia di sei persone: padre, madre e quattro figli viventi in ambiente antigienico, con totale trascuratezza di ogni precauzione sanitaria. Nel mese di gennaio, è colto da febbre tifoide il figlio maggiore, dell'età di 8 anni. Tutta la famiglia, ad eccezione di una bambina, tuttora a balia, si sottopone alla vaccinazione per via boccale coi vaccini biliati.

Quattro mesi dopo, la madre (vaccinata) contrae la febbre tifoide, con sierodiagnosi positiva all'1:250. Nell'agosto ritorna in famiglia la bambina più giovane, che era a balia, e contrae subito la febbre tifoide. Poco dopo, un'altra bambina di 4 anni (vaccinata c. s.) e il padre (vaccinato c. s.) ammalano, alla lor volta, di febbre tifoide grave e quest'ultimo soccombe.

Il solo ragazzo rimasto indenne (dell'età di 6 anni) venne allora vaccinato dall'A. per via sottocutanea. Questo solo si salvò!

In seguito a tali e ad altre osservazioni analoghe, l'A. conclude che la vaccinazione per

via boccale con vaccini biliati non dà che una sicurezza fallace.

*
* *

A Caronno Milanese la febbre tifoide assume il carattere di epidemie ricorrenti estivo-autunnali, con una certa mortalità.

Vi si notano molto frequenti le infezioni circoscritte a singoli casamenti. Il dott. Vanelli, in uno studio epidemiologico di siffatte manifestazioni tifoidi (*Terapia*, marzo 1928, n. 105), esclude l'importanza del contagio idrico, del ghiaccio artificiale, dei gelati e degli erbaggi. Egli attribuisce, invece, una grande responsabilità ai portatori e alla disseminazione dei germi specifici a mezzo delle mosche.

Comunque, l'A. in vista degli insuccessi incontrati nell'applicazione delle ordinarie misure profilattiche, anche per consiglio delle autorità sanitarie, ha voluto adottare una profilassi specifica consistente nella vaccinazione per via orale, a mezzo dei così detti entero-vaccini.

Questi entero-vaccini consistono in compresse ciascuna delle quali contiene circa miliardi 12,50 di bacilli tifici, miliardi 6,50 di para A, miliardi 6,25 di para B e cmc. 2,5 di bile disseccata.

Le compresse venivano somministrate a digiuno: 4 per due mattine di seguito.

Sotto il personale controllo dell'A. furono vaccinati tutti gli operai dei principali stabilimenti industriali e, a mezzo dell'Ambulanza, l'enterovaccinazione venne estesa a una buona parte della popolazione.

In tal guisa, sopra una popolazione di 4161 abitanti, i vaccinati furono 1940. Fra questi 1940 vaccinati si verificarono 30 casi di febbre tifoide (cioè il 15,5 ‰), e negli altri 2221 abitanti non vaccinati i casi furono 37 (cioè il 16,7 ‰): una differenza insignificante.

Si osservò, tuttavia, che nei 30 vaccinati ammalatisi di febbre tifoide, il processo infettivo decorse in modo meno grave. Fra i 30 tifosi già vaccinati i decessi furono 2, mentre fra i 37 tifosi non vaccinati i decessi si elevarono a 4.

L'esiguità di queste cifre non consentirebbe conclusioni. Si sa che le piccole cifre soggiacciono fortemente alle oscillazioni del caso. Ma, nel complesso, l'esperimento di entero-vaccinazione attuato a Caronno Milanese, è stato tutt'altro che brillante.

Il dott. Vanelli è costretto a concludere che lo stato immunitario (!) determinato dalla vaccinazione per via orale, è sicuramente inferiore a quello determinato per via ipodermica coi vaccini acquosi e coi lipovaccini.

La cosa non può stupire. È ben noto anche dalle recenti esperienze dello Zoeller, eseguite nell'uomo, che l'anatossina difterica, la cui efficacia immunizzante per via sottocutanea è grandissima, rimane del tutto senza azione allorchè viene introdotta per via boccale. Anche l'ingestione di grandi quantità di anatossina difterica, non determina la comparsa in circolo della benchè minima traccia di antitossina.

L. V.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

L'azione fisiologica degli eccitanti nervosi.

(S. BAGLIONI. *Biologie Médicale*, aprile 1928).

Il complesso problema degli eccitanti nervosi può essere considerato sotto molteplici aspetti, tutti più o meno intimamente connessi con lo stato di benessere fisico e psichico della razza e dei singoli individui. Le numerose ricerche scientifiche esistenti al riguardo suonano tutte più o meno decisiva condanna per l'uso eccessivo o prolungato di tutte le sostanze voluttuarie. Più mite, ma anche più discorde, è il giudizio degli scienziati per l'uso moderato di esse.

L'istituto di fisiologia umana della R. Università di Roma sta compiendo da qualche anno una serie di ricerche, negli animali e nell'uomo, sull'azione fisiologica dei prototipi più importanti degli eccitanti nervosi: l'alcool, la nicotina e la caffeina.

Il punto di partenza di queste ricerche è specialmente quello di stabilire l'azione di dette sostanze sulle singole funzioni dell'organismo, e più specialmente sui centri nervosi isolati dal corpo.

Nel linguaggio comune tutte queste sostanze si sogliono indicare complessivamente col nome unico di eccitanti nervosi o sostanze voluttuarie. Esse potrebbero più opportunamente essere indicate col nome di eccitanti cenestesici od euforici in quanto artificialmente producono l'eccitamento centrale del senso cenestesico o senso generale del nostro corpo alla genesi del quale molteplici fattori concorrono. Tutti questi fattori si possono riassumere nel fatto che al giudizio complessivo di benessere (euforia) col quale valutiamo collettivamente la potenza e la validità delle funzioni più umili e più nobili del nostro organismo, è base fondamentale il perfetto armonico svolgimento delle funzioni dei nostri singoli organi della vita vegetativa e della vita animale.

Il meccanismo di azione degli eccitanti ner-

vosi raramente consiste nell'eccitare la funzione normale dei diversi organi e ciò solo quando il loro uso è modico e la loro azione si esercita sugli organi di senso alimentari. L'azione più importante di queste sostanze non è quella locale, ma quella generale, o per meglio dire quella da loro esercitata, dopo il passaggio nel torrente circolatorio, sui centri sensoriali e cenestesici. È chiaro che allora questa azione che provoca artificialmente il senso di benessere dipendente da un eccitamento interno artificiale dei centri, può essere illusoria, cioè non corrispondente alle condizioni reali delle funzioni dei diversi organi, dal cui adempimento normalmente provengono gli eccitamenti cenestesici.

Tra i diversi mezzi voluttuari, agenti nel modo detto, emergono per la loro generalità e per il loro largo uso le bevande alcooliche.

Numerosissime ricerche hanno dimostrato che l'alcool è una sostanza che agisce su tutti i tessuti dell'organismo vivente. La spiegazione di questa sua azione generale può forse trovarsi nell'altra sua proprietà chimica di combinarsi con le sostanze proteiche, delle quali determina, in date concentrazioni, la coagulazione. L'azione fisiologica delle bevande alcooliche introdotte nel corpo non è forse estranea a questa sua proprietà di entrare in facile combinazione con tutte le sostanze proteiche; ma poichè le dosi con cui si esplica questa azione fisiologica sono incomparabilmente minori di quelle necessarie per ottenere questi processi di coagulazione e di precipitazione, evidentemente il meccanismo di azione deve essere diverso.

Un'opinione molto diffusa nel campo della moderna fisiologia attribuisce all'alcool, oltre questa speciale azione chimica o farmacologica, un'azione alimentare vera e propria, cioè energetica, nel senso che esso sia capace nell'organismo di ossidarsi facilmente. I risultati delle ricerche istituite dall'A. non confermano questa opinione. Da essi emerge che l'alcool penetrato nel sangue agisce come un elemento eterogeneo, di cui l'organismo tende a sbarazzarsi per mezzo della secrezione renale. Per questa sostanza esiste un valore soglia, che corrisponde alla quantità percentuale che si trova normalmente nel sangue degli individui digiunanti; ogni quantità maggiore proveniente dall'ingestione dell'alcool eccita direttamente l'epitelio renale alla secrezione e alla eliminazione di esso. Se ordinariamente colla ingestione delle comuni bevande alcooliche in dosi mediocri questa azione diuretica non si osserva, ciò è dovuto al fatto che l'alcool ingerito con gli alimenti si fissa parzialmente con essi. o che perviene nel circolo in quantità lentamente crescenti e inferiori alla soglia renale.

Innegabile risulta dalle ricerche eseguite dalla scuola dell'A. l'azione specifica dell'alcool sui centri nervosi. L'applicazione locale dell'alcool etilico produce un'azione depressiva che si mette facilmente in evidenza facendo agire l'alcool sui centri previamente stricninizzati. Tale azione depressiva non è duratura, ma si va lentamente attenuando sino alla scomparsa, se non si torna ad applicare l'alcool successivamente. La fugacità di questa azione si può spiegare con il consumo chimico della molecola alcoolica e con il lavaggio continuo degli elementi centrali per opera della circolazione sanguigna.

Essenzialmente diversa si è dimostrata l'azione specifica sui centri nervosi della caffeina e della nicotina. Queste sostanze applicate anche in dosi piccolissime sulla superfice dorsale della *intumescentia posterior* del preparato centrale di rospo, provocano sempre un aumento dell'eccitabilità riflessa sino alla comparsa di tetani ai minimi stimoli della cute: hanno cioè un'azione perfettamente analoga a quella della stricnina, mentre applicate sulla superficie centrale della stessa regione (ove risiedono i neuroni motori) non provocano alcuna modificazione dell'attività centrale. Mentre però l'azione della caffeina è duratura e permanente, come quella della stricnina, quella della nicotina è temporanea e fugace. Questa differenza si spiega facilmente per la proprietà caratteristica della nicotina di essere volatile. La nicotina si dimostra inoltre come un veleno ad azione molteplice, agente cioè sui diversi tessuti muscolari e nervosi dell'organismo, come pure la caffeina esplica la sua azione anche su altri tessuti, ad esempio sul cuore e sul rene. Dosi molto forti di nicotina producono sperimentalmente fatti di paralisi.

L'azione generale dell'uso del caffè e del fumo di tabacco, come mezzi voluttuari o eccitanti l'euforia, deve dipendere essenzialmente dall'azione specifica che i principi attivi di queste sostanze esplicano sui centri sensitivi e sensoriali. Il fatto che la nicotina facilmente si elimina dalla superfice polmonare mano mano che si introduce per la sua volatilità, spiega la necessità che hanno i fumatori di continuare a fumare diversi sigari e sigarette nella giornata, per mantenere la carica in nicotina presente nel sangue, corrispondente a quella soglia di concentrazione necessaria per provocare gli effetti dell'eccitamento artificiale dei centri sensitivi. Questa necessità non si rileva per l'uso del caffè, se non in misura molto minore, appunto perchè la eliminazione della caffeina, che avviene d'or-

dinario per opera della secrezione renale, è molto lenta.

Si può concludere che da queste nuove ricerche non è giustificata la denominazione collettiva di sostanze voluttuarie e di eccitanti nervosi per le bevande alcooliche insieme al caffè e al tabacco. L'azione di queste diverse sostanze dipende da un meccanismo antagonistico, essendo l'alcool depressivo, la caffeina e la nicotina veri e propri eccitanti dei centri sensoriali; forse in questo antagonismo sta la giustificazione dell'uso comune di combattere l'ebrezza alcoolica con una forte tazza di caffè, e di cercare nel fumo del tabacco un benefico mezzo per snebbiare la mente dai fumi di bevande alcooliche generosamente ingerite.

In conclusione l'azione del caffè e del tabacco, notoriamente riconosciuti come ottimi eccitanti delle attività intellettuali (le quali invece sono più o meno fortemente depresse dall'azione delle bevande alcooliche, tranne quelle connesse con l'attività fantastica ed ispiratrice di alcuni poeti e di alcuni artisti) spiega il largo uso di queste sostanze presso i popoli civili, i lavoratori del pensiero e i gaudenti intellettuali, ma non lo giustifica. I migliori eccitamenti e stimoli, che per la loro propria natura meglio corrispondono alle esigenze fisiologiche di organismi sani, sono quelli che derivano dalla funzione stessa dei vari organi. Prescindendo dalle azioni dannose che queste sostanze innegabilmente possono produrre a carico dei vari organi su cui agiscono, se il loro uso fosse limitato o scomparisse, la tanto lamentata degenerazione fisica e psichica della nostra civiltà in confronto della civiltà greca e romana andrebbe sempre più scomparendo.

TOSCANO.

AFFEZIONI REUMATICHE.

Sulla patogenesi del reumatismo articolare, in rapporto al clima e ad eventuali insetti trasmettitori.

(T. CLARKE. *Proceed. of the royal Soc. of med.* aprile 1928).

Ai tropici, dove l'A. ha lungamente soggiornato, non si conosce il reumatismo articolare acuto, e sono scarsissimi i vizi cardiaci. Egli non ha avuto occasione di vedere all'autopsia neanche una stenosi mitralica. Sono bensì frequenti dolori reumatoidi e manifestazioni articolari di altra origine, in rapporto col dengue, e con infezioni varie, ivi compresa la dissenteria, la malaria, il tifo.

L'A. tiene a ricordare che vaste regioni considerate come tropicali, non lo sono che in parte: così oltre un terzo dell'India, e la parte meridionale dell'Africa. Anche nelle alture dei tropici, dove la temperatura è più mite, pare non vi sia reumatismo.

Anche in America, secondo le osservazioni dei coniugi Seegal, il reumatismo decresce verso la zona tropicale. Orbene, secondo precedenti osservazioni dell'A. la comune pulce del topo, Ceratophyllus fasciatus, ha una distribuzione geografica che corisponde bene a quella del reumatismo articolare, e, per ragioni climatologiche, è assente ai tropici.

La comune pulce dei topi punge anche l'uomo, ma sfugge alcuni indivilui e predilige altri: in ciò potrebbe forse consistere l'immunità o la predisposizione pel reumatismo, come anche per altre malattie trasmesse da insetti, ad es. la malaria.

Il reumatismo è più frequente nella seconda metà dell'anno e lo è più in città che in campagna, ed anche le pulci dei topi sono più frequenti in queste condizioni di tempo e di luogo: i topi di campagna portano di preferenza un'altra pulce, Ctenophtalmus agirtes, che non punge l'uomo.

Il reumatismo è più frequente presso i corsi d'acqua: ma in alcune scuole presso un fiume (Eton e Beaumont) donde furono scacciati i topi non si ebbe reumatismo.

L'A. pensa che le pulci siano portatrici di un protozoo o di una spirocheta, poichè nessun bacillo soddisfa le condizioni richieste per esser considerata la causa del reumatismo, e perchè i noduli di Aschoff hanno una struttura che ricorda la gomma.

DORIA.

La diagnosi precoce delle affezioni reumatiche nei bambini.

(ALLAN. *British Medical Journal*, 14 gennaio 1928).

La prevenzione delle cardiopatie si basa essenzialmente sulla cura tempestiva delle affezioni reumatiche nell'infanzia e quindi sull'accertamento precoce delle affezioni stesse.

Al riguardo bisogna prendere in considerazione le condizioni che predispongono, favoriscono o determinano le forme reumatiche, ossia la diatesi, l'ambiente, l'infezione.

Gli sforzi intesi a precisare i caratteri e l'origine della diatesi reumatica non sono stati finora conclusivi. Attualmente si tende a considerarla come dovuta ad uno squilibrio ormonico della tiroide, delle surrenali e dell'ipofisi. Comunque la diatesi consisterebbe in una mancanza d'adattamento alle condizioni ambientali, donde lo sviluppo del reumatismo: si tratterebbe così di una predisposizione innata ad uno speciale tipo d'infezione.

Le condizioni ambientali ed i fattori predispo-

nenti al reumatismo sono sempre discussi. Molto importanti sono i modi di vestire e lo stato di umidità delle abitazioni e le condizioni economiche, quantunque il reumatismo non colpisca solamente i più poveri. Nondimeno i dati statistici dimostrerebbero che il reumatismo colpisce più i poveri, più quelli che abitano in case umide, più i giovani e più quelli che presentano ipertrofia tonsillare.

Per quel che riguarda l'infezione sembra accertato che il reumatismo è dovuto ad uno streptococco che aggredisce l'organismo per la via delle tonsille. Sembra pure che il germe possa vivere senza essere patogeno nell'intestino, e che entri in attività quando agiscano cause occasionali anche lievi.

È bene ricordare che le prime manifestazioni dell'infezione reumatica possono essere a carico del cuore. In una serie di 112 casi di stenosi mitralica si trovò che almeno nel 18 % mancava sicuramente nella storia dei pazienti ogni manifestazione reumatica o altre infezioni. In qualcuno di tali casi l'affezione cardiaca decorse subdolamente e potette essere riconosciuta solo tardivamente, ed in altri la lesione cardiaca si manifestò primitivamente con fatti acuti ed improvvisi.

Spesso è molto difficile precisare se il cuore fu definitivamente attaccato nel primo stadio della malattia. La stenosi mitralica è la lesione valvolare più costantemente reumatica e si deve ritenere che essa sia l'effetto di una localizzazione primitiva dell'infezione: tuttavia prima che si stabiliscano il soffio ed il fremito caratteristici passano parecchi anni. Il primo segno può essere costituito da un soffio sistolico sulla punta o da una lieve ipertrofia cardiaca, ma occorre tener presente che il primo può essere indipendente da lesioni valvolari e che un leggero spostamento della punta si può riscontrare anche in bambini sani. In qualche caso la valvola primitivamente affetta è l'aortica e la lesione si manifesta con soffio diastolico sulla aorta. Le lesioni miocardiche quantunque più silenti non sono meno importanti. Gli sfregamenti pericardici costituiscono un segno sicuro di lesione del cuore.

Contrariamente a quel che si crede, nell'infanzia l'infezione reumatica non è necessariamente accompagnata da dolori. L'assenza quindi di questi non depone per l'esclusione del reumatismo.

Una delle manifestazioni cliniche più interessanti dell'infezione reumatica è la corea, ed in effetti non è raro trovare lesioni cardiache in individui che hanno sofferto questa sindrome nervosa. Da ciò la necessità di sorvegliare questi ragazzi e sorprendere i primi sintomi della corea quali l'irrequietezza, l'agitazione, l'alterazione del carattere.

Non è dubbio che vi sono strette relazioni fra le tonsilliti ricorrenti, l'infezione reumatica e le cardiopatie. La frequenza dell'ipertrofia tonsillare è maggiore nei ragazzi affetti da reumatismo. La tonsillite non è necessariamente molto grave, può essere la prima manifestazione del male ed annunziare una recidiva. Non è dato affermare se la tonsilla sia la porta d'entrata dell'infezione o se la sua lesione sia una manifestazione concomitante. Purtroppo la tonsillotomia non garantisce della possibilità di recidive, quantunque sembri che dopo la detta operazione si facciano meno frequenti i casi di localizzazioni cardiache ed articolari.

I noduli reumatici indolori localizzati sulle parti estensorie delle articolazioni e dei tendini e sul capo sono elementi importanti per la diagnosi, la prognosi e la cura. Essi non sono presenti in ogni caso e spesso sfuggono all'esame. La loro indolorabilità contrasta con il dolore dei noduli fibrosi del così detto reumatismo muscolare e della fibrosite. Nei casi dubbi chiariscono la diagnosi, sono indici di un'infezione grave ed a localizzazione viscerale, e devono indurre a prolungare la cura anche quando la febbre è cessata.

Altre manifestazioni dell'infezione reumatica sono l'anemia, il nervosismo, l'irrequietezza, disturbi gastrici e più raramente la pleurite.

Il trattamento del reumatismo deve essere indirizzato alla distruzione dell'agente infettivo, a rimuovere le cause dell'infezione, a migliorare le condizioni organiche, a prevenire le recidive.

Il salicilato rimane sempre il miglior rimedio. Deve essere somministrato a larghe dosi insieme a bicarbonato di soda in quantità doppia, e fino a due o tre settimane dopo che sono scomparsi i segni attivi dell'infezione.

Si deve porre attenzione alle condizioni dei denti, dell'intestino, delle tonsille da cui l'infezione può avere il suo punto di partenza.

Il malato deve essere posto in ambienti igienici, lontano da tutte quelle cause che sogliono favorire la malattia, l'umidità sopratutto. Al riguardo è preferibile il ricovero in ospedale dei piccoli malati.

Per migliorare le condizioni organiche e restaurare le funzioni giovano il riposo a letto e poi gli esercizi moderati. Quando vi sia sospetto di localizzazioni cardiache il riposo a letto deve essere prolungato fino a qualche settimana dopo la scomparsa di tutti i sintomi attivi. Il dolore, che spesso è leggero, scompare mediante il salicilato. Talvolta al periodo acuto ne segue uno

subfebbrile, che spesso è indice di attività della lesione cardiaca. La persistenza dei noduli indica che il processo non è terminato, ed infine la tachicardia di solito è prova che il cuore è ancora la sede di un processo attivo.

Successivamente gioveranno l'aria libera, gli esercizi moderati, l'elioterapia, il ferro, l'olio di fegato di merluzzo.

I bambini che hanno sofferto il reumatismo devono essere continuamente sorvegliati per sorprendere allo stato iniziale le eventuali recidive, specie quelle a localizzazione cardiaca, e curarle energicamente.

DR.

VIE RESPIRATORIE.

Contributo statistico alla conoscenza del cancro del polmone dal materiale di autopsia dell'Istituto Patologico di Heidelberg.

(KATZ. *Zeitschr. f. Krebsf.*, Bd. 25, 1927).

Il carcinoma dei polmoni e dei bronchi è una malattia riscontrata più frequentemente negli ultimi tempi. Così mentre Langhans nel 1871 la riguardava come una grande rarità nel 1896 Pässler trovava una percentuale di 1,8 % di cancri polmonari sui carcinomi sezionati. Le statistiche più recenti di Bilz e d'altri sono più alte con un massimo intorno al 1924. L'A. ha ricercato nel materiale protocollare dell'istituto in 60 anni durante i quali si sono succeduti due direttori Arnold ed Ernst della stessa scuola. In questo materiale ha trovato un netto accrescimento dei tumori primitivi del polmone e dei bronchi con un'ascesa nel 1913 ed un punto culminante nel 1924 epoca in cui su 477 sezioni con 19,4 % di carcinomi si verificò il 2,3 % di cancri del polmone. Non è stato trovato alcun caso al disotto di 25 anni. Su 42 casi complessivi 28 appartenevano ad uomini e 14 a donne. Non c'è differenza per quanto riguarda la professione intellettuale o manuale. Fra i lavoratori manuali il maggior numero è fra quelli delle fabbriche, delle ferrovie, fuochisti. E poichè la metà colpisce i fuochisti e i ferrovieri si può pensare all'influsso della inalazione. I lavoratori semplici della campagna sono colpiti raramente.

Per spiegare gli aumenti di numero in alcuni anni sono state richiamate varie ragioni e fra queste le più importanti riguardano le alterazioni croniche le quali possono influire sulla etiologia dei cancri. I traumi e i raggi entrano molto meno in causa mentre il tabacco, la polvere delle strade, la pneumoconiosi hanno secondo Hampel un valore. Come il catrame in forma di gas per automobile o l'incatramatura delle strade possa influire non è oggi dimostrato ma esso rappresenta uno stimolo aspecifico o relativamente specifico. Anche nelle *alte montagne* si può riscontrare il carcinoma del polmone per cui potrà avere importanza la *composizione chimica della polvere*. Brandt con *inalazioni di polvere di catrame*, ha ottenuto proliferazioni della mucosa bronchiale e Kimura dei veri carcinomi. In generale si può dire che le infiammazioni croniche costituiscono i componenti per lo sviluppo di un carcinoma e ad esse si può anche riportare quello del polmone. Inoltre sono stati *osservati cancri bronchiali dopo infiammazioni bronchiali o infezioni come tubercolosi, grippe, bronco pulmonite*. Specialmente dopo tali malattie sono state osservate delle metaplasie dell'epitelio bronchiale (Makenzie). Nessuno però può dire che da una pulmonite derivi un carcinoma.

In questi individui che nell'anamnesi hanno simili malattie polmonari si tratta spesso di carcinoma ad *epitelio piatto* che da tutti è ammesso deriva da *metaplasia dell'epitelio cilindrico* (Passler, Watsuii, Berblinger). I carcinomi metaplastici in altri organi sono noti: Lewishon ha osservato casi di cancro del *pancreas ad epitelio piatto;* Henz e Teutschlaender carcinomi metaplastici del *seno mascellare* che sono nel 33 per cento dei casi in rapporto con metaplasie da infiammazione dell'*antro* di Higmoro.

Non è raro trovare la *tubercolosi polmonare* insieme col carcinoma del polmone e si può domandare se esiste un nesso fra le due malattie. Siegert ha trovato una *metaplasia dell'epitelio bronchiale nella tubercolosi miliare*, nelle pneumoniti sifilitiche e crede che su la base della metaplasia possa aversi un carcinoma. Anche l'A. ha trovato casi di carcinoma polmonare vicino a caverne tubercolari.

Maggiore interesse d'attualità desta il rapporto con la grippe. In questi ultimi tempi non solo nella letteratura ma anche secondo l'A. sono più frequenti i carcinomi del polmone a cellule piatte i quali sono legati con una metaplasia la quale a sua volta è spesso in relazione con uno stimolo cronico o con infiammazioni. Askanazy, Teutschlaender hanno osservato *metaplasie epiteliali nella grippe*. Certo che per svilupparsi un carcinoma deve concorrere anche una disposizione che può essere locale e generale. Una disposizione locale è rappresentata dalla *metaplasia* cui concorrono diversi fattori della vita moderna (polveri, automobili, catrame delle strade) ai quali si può aggiungere anche la grippe.

R. BRANCATI.

Sulla cura delle complicazioni polmonali post-operatorie coll'autoemoterapia.

(Schwarz. *Bruns Beit. z. Klin. Chirurgie*, Bd. 140, H. 2, 1927).

L'impiego del sangue come mezzo di cura è antichissimo. Recentemente è stato usato da Vorschütz non solo in infezioni acute ma anche in una serie di malattie. Fra le complicazioni postoperatorie sono molto frequenti quelle polmonari e per esse è stato usato tale mezzo curativo. Secondo Vorschütz l'azione si deve riportare ad una proteinoterapia non specifica dove i corpi albuminoidi e i loro derivati agirebbero come stimolo generale e locale su tutto l'organismo e nel focolaio malato; ed una terapia specifica d'immunità attiva mediante sangue con batteri e tossine e d'immunità passiva mediante antisostanze in esso contenute. Il sangue proprio avrebbe anche un siero maggiormente dotato di ceppo batterico.

Nella clinica chirurgica tedesca di Praga adoperano sistematicamente il sangue autogeno ed il numero delle morti per complicazioni polmonari postoperative è realmente diminuito senza potervi imputare altri fattori. Come trattamento di complicazioni polmonari dopo operazioni è stata usata l'auto iniezione di sangue nell'anno passato su 120 malati con la seguente tecnica: si preparano due siringhe di record da 20 cmc. con due aghi; con la prima siringa si aspira dalla vena cubitale il sangue che viene iniettato con l'altro ago nella coscia mentre si riempie la seconda siringa con l'ago lasciato nella vena e si inietta poi il sangue nella coscia. Così non c'è bisogno di citrato di sodio.

A scopo profilattico, in malati che avevano febbre senza reperto polmonare positivo è stato usato il metodo in 34 casi; in 20 si ebbe discesa critica della temperatura, in 7 la temperatura discese per lisi, in 7 non si ebbe alcun effetto e la temperatura andò poi cadendo nei giorni susseguenti. Su 46 bronchiti postoperatorie in 20 dopo la prima iniezione si ebbe la discesa critica della temperatura, mentre negli altri 26 la discesa avvenne per lisi nei 2-3 giorni consecutivi. I fatti locali polmonari scomparivano più tardi della temperatura. In 41 con pneumonite postoperatoria l'iniez. di sangue diede 19 volte la caduta della temperatura per crisi e 18 volte per lisi. Il reperto polmonare, come nelle bronchiti, scomparve nei giorni seguenti; 4 di questi malati morirono da 4 a 14 giorni dopo.

I risultati buoni somigliano a quelli di Vorschütz. Mentre negli anni precedenti le morti per pneumonite postoperatoria nella Clinica oscillavano fra 10 e 20 nel 1926 con l'uso dell'iniezione di sangue autogeno hanno avuto solo 4 morti mentre in questo tempo il numero delle operazioni non è diminuito e le norme igieniche sono rimaste invariate. R. Brancati.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Prof. Mario Ghiron. *Le malattie del sangue*. Volume di pagg. XII-416 con 49 figure nel testo e con 5 tavole a colori. Editore: Luigi Pozzi, Roma. Prezzo L. 68.

Ci sia permesso di riportare la prefazione con la quale il prof. Vittorio Ascoli presenta ai medici italiani il libro del prof. Ghiron:

« Il volume che il dott. Mario Ghiron ha elaborato è frutto di lunga e viva passione.

Quando ho organizzato la clinica medica di Roma, ho preposto un assistente ad ogni sezione di laboratorio. E il Ghiron in un decennio, tutti gli esami che i nostri infermi richiedevano ha in gran parte direttamente praticati e in piccola parte soltanto sorvegliati.

Questi esami hanno riguardato oltre che la morfologia anche le proprietà fisiche del sangue (resistenza, coagulazione, massa del sangue, ecc.) e sono stati messi sempre in relazione agli altri dati clinici e di laboratorio e ai reperti delle operazioni o delle autopsie, e, quando è stato possibile, delle biopsie.

La casistica numerosa e svariata della clinica e degli ambulatorî ha offerto giorno per giorno materia nuova alla personale esperienza del Ghiron, e gli ha consentito di acquistare una competenza vasta e precisa sui metodi più fini di indagine e sulla loro valutazione complessiva per la diagnosi.

Il presente volume ha radice in questa decennale specializzazione, la quale è decorsa naturalmente parallela con lo studio diligente dei libri e delle memorie che si venivano pubblicando nel mondo in tutti i campi della ematologia.

L'opera del mio aiuto mette a giorno il lettore di tutti i più moderni studi e porta il contributo e il controllo delle personali osservazioni dell'autore nelle più vive ed intricate questioni.

Moltissime delle numerose storie cliniche che vivificano il volume sono state da me personalmente esaminate e fatte oggetto di lezioni cliniche: di tutte ho verificato la precisione e la competenza.

Questo affermo perchè impressionato io stesso, nella lettura del trattato di Ghiron, della ricca messe di osservazioni che dieci anni di lavoro hanno raccolto, non perchè voglia dare assicurazioni sulla capacità dell'autore. Ogni attestazione è superflua quando i fatti parlano chiaro.

Questo trattato di ematologia ambisce:

1) dimostrare l'importanza che questo ramo della medicina ha assunto;

2) dare indicazioni precise sulla tecnica dei metodi più utili al medico pratico;

3) chiarire l'interpretazione e il significato dei risultati ottenuti;

4) mostrare come la patologia del sangue non possa intendersi oggi se non attraverso le alterazioni degli organi intesi alla costituzione e alla epurazione del sangue;

5) documentare con una esemplificazione di casi bene controllati tutto quanto riguarda la semeiologia e la clinica delle malattie del sangue.

L'ematologia è un capitolo della patologia che di recente ha preso corpo, ma è tuttavia in costruzione.

Il Ghiron non vuole innovare dottrine, ma applicare i postulati alla clinica: parte dalle constatazioni cliniche e le svolge con intendimenti clinici. Questo trattato gioverà a formare l'esperienza e la coltura dei medici pratici, ma sarà consultato con profitto anche dagli ematologi di professione, in quanto accrescerà di fatti nuovi o rari la loro esperienza clinica. L'esperienza clinica per nessuno è mai completa.

Io sono lieto di vedere uscire dalla mia clinica lavori in cui così intimamente e armonicamente sono fuse la tecnica e la coltura, la dottrina e l'esperienza ».

Roma, giugno 1928.

VITTORIO ASCOLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

DUPLAY, RICHARD e DEMOULIN. *Diagnostique chirurgicale.* Doin, éd. Parigi, 1928. Frs. 130.

E' apparsa recentemente l'8ª ediz. francese sotto la direzione di Stern. Dire i pregi di questo libro è superfluo essendo ampiamente conosciuto fra medici e studenti da oltre un ventennio; ma occorre aggiungere che nella presente edizione esistono capitoli nuovi ed altri completamente rimaneggiati pur rimanendo la caratteristica originale di un ordine topografico per regione cui segue poi una discussione per la diagnosi differenziale.

Il libro è arricchito di numerose nuove figure che rendono maggiormente interessante il volume di circa 1200 pagine. R. BRANCATI.

A. SCHANZ. *Praktische Orthopädie*, 1 vol. in-8º gr. di pagg. 560 con 504 figg. J. Springer, ed. Berlino.

Afferma l'A., nella prefazione del libro, di essersi deciso a scriverlo, dopo trenta anni di esercizio pratico della specialità, in prima linea per se stesso, per vagliare attraverso un lavoro di sintesi il cammino di recente percorso dall'ortopedia, ricercare le sue lacune, prevederne i futuri sviluppi; in seconda linea per mettere i frutti della sua trentennale esperienza a portata di tutti coloro che debbono affrontare nella pratica dei casi di ortopedia. Il libro ha assunto così un colorito nettamente personale ma è questo appunto il suo pregio: accanto ai trattati di compilazione, queste opere che rispecchiano l'esperienza e le idee di un solo, sono singolarmente preziose. Solo è discutibile se possano giovarsene i pratici, di fronte ai problemi di interesse ortopedico che loro giornalmente si presentano. La soluzione di questi problemi si allontana sempre più dalle possibilità dei medici e dei chirurgi generali e questo non tanto per la manchevolezza di una tecnica o di uno strumentario specializzato ma perchè il problema ortopedico è problema squisitamente funzionale e per risolverlo occorrono mentalità e indirizzi non anatomo-patologici ma fisio-patologici, e questo non si ottiene con la lettura di un volume di sintesi. Di questa visione, che costituisce l'essenza della moderna ortopedia, sono permeate le pagine di questo libro dello Schanz, dense di sapere, scritte in uno stile conciso e insieme vivace e chiaro, che si lasciano leggere con facilità e con interesse. Illustrazioni numerose e dimostrative accompagnano il testo a fissar meglio nella mente del lettore i concetti esposti.

Di ogni deformità l'A. accenna concisamente la patologia, i sintomi, la diagnosi; la cura è più estesamente trattata. Nè sono dimenticati qua e là i ricordi storici ove assumono una speciale importanza nello sviluppo di un metodo o di un'idea.

Contenuto, stile, veste tipografica, tutto concorre a rendere questo libro singolarmente attraente e pregevole.

E. VENEZIAN.

G. ROMANO. *La milza dal punto di vista chirurgico. Sua utilità e valore nella difesa dell'organismo contro le infezioni chirurgiche più comuni.* Vol. in 8º di 500 pagg. Tip. Borrelli, Benevento, L. 30.

L'A. dopo un'esposizione completa di quanto finora si conosce sull'anatomia, istologia, embriogenesi, fisiologia della milza, e relazione di essa cogli altri organi, specie endocrini e ad apparato reticolo-endoteliale, tratta con dettaglio e chiarezza d'esposizione, della funzione difensiva di tale organo nella sua reale essenza. Espone infatti i vari metodi di ricerca seguiti dai diversi AA., commentandoli con rigorosa critica,

in base all'esperienza personale. Fa una diffusa esposizione delle ricerche personali sulla influenza della milza in certe infezioni chirurgiche più comuni, mediante lo studio delle opsonine nel siero di sangue di animali normali e smilzati, e della reazione vaccinale di essi contro il tetano. Tratta poi minutamente della patologia di quest'organo, sia isolatamente, sia in rapporto degli altri organi ed apparati, e descrive la tecnica dei vari interventi: conservativi e demolitivi. Il lavoro è distribuito in cinque parti, di cui la terza è dedicata alla parte sperimentale originale, di dieci capitoli.

A. P.

FEY & TRUCHOT. *La Pyéloscopie.* Maloine ed. Paris, 1927.

Si intende per pieloscopia l'osservazione della pelvi resa visibile per mezzo di un liquido opaco. Secondo gli AA. questo esame è un utile e talora necessario ausilio della pielografia, alla quale per altro non può venire sostituito. Da esso si possono trarre dati importanti in tutte le affezioni renali, ma specialmente nelle ritenzioni pelviche complete o incomplete da qualsiasi causa siano determinate.

Specialmente interessanti sono le 36 tavole dimostranti 204 radiografie che arricchiscono il volume.

M. A.

MEDICINA SOCIALE.

Per la dignità del lavoro.

A. Peri in un articolo pubblicato sulla *Rivista di Diritto del Lavoro* ricorda che Tanzi affermò esservi professioni che condannano chi le esercita ad una sofferenza costante, professioni rischiose, professioni pericolose, professioni affligenti. Queste ultime sono quelle che costringono ad umiliazioni, a dolori, ad una servitù intollerabile, e che perciò sono prescelte dai meno sensibili o imposte ai meno capaci.

La società ha già provveduto con le leggi assicurative e profilattiche a tutelare coloro che esercitano professioni pericolose.

Le professioni affligenti non possono essere che eliminate. Questa è la tesi sostenuta dal Peri, convalidata per altro dalla tendenza della moderna civiltà, tendenza più accentuata presso i popoli più ricchi.

Il lavoro, sostiene il Peri, si accompagna a dolore. La verità dell'affermazione biblica non soffre attenuazione se non nel fatto che la sofferenza del lavoro è alleggerita dalla gioia del suo compimento. Anche il lavoro scientifico e artistico non provoca piacere se non dopo il raggiungimento dello scopo finale; durante la sua esecuzione è penoso, perchè penoso è ogni sforzo, penosa è l'incertezza della riuscita.

Le considerazioni del Peri, non possono essere condivise integralmente.

Il lavoro è quasi sempre gioioso, o per lo meno procura un piacere negativo, in quanto sottrae l'individuo dalla realtà, che è quasi sempre penosa.

Tanto è vero che il lavoro meno piacevole e spesso veramente doloroso è quello automatico, è il lavoro industriale nel quale l'attenzione dell'operaio non è concentrata sul suo lavoro, nel quale, come afferma lo stesso Peri, l'operaio non domina la macchina, ma è dominato da questa, e nel quale la copia dei coefficienti di soddisfazione è ben esigua e si riduce alla riflessione dei vantaggi economici diretti e indiretti che dà un lavoro monotono e nel quale, chi lo esegue non lascia impronta della propria personalità.

A parte ciò, vi sono effettivamente professioni affligenti, perchè abbassano la dignità morale e fisica di chi l'esercita.

Vi sono lavoratori costretti a prestar l'opera loro presso persone dedite al vizio o al mal fare, e ciò spesso con irriducibile ripugnanza da parte del lavoratore, che comunque è sempre in uno stato d'inferiorità morale divenendo oggetto di commiserazione, di pietà o anche di disprezzo.

Vi sono mestieri mal sopportati per la natura della materia del lavoro e perchè richiedono uno sforzo eccessivo e prolungato, un incomodo, fastidioso, estenuante atteggiamento del corpo, o infine perchè si deve eseguire in ambienti oscuri, sovrariscaldati, umidi, polverosi, mal ventilati.

Disgustosi, umilianti sono i lavori nei quali occorre maneggiare materiali fetidi, che insudiciano e che lasciano tracce apprezzabili con la vista e con l'odorato.

Demoralizzanti, perchè ritenute spregevoli, sono quelle occupazioni per le quali l'operaio deve stare a contatto dei rifiuti dell'uomo o degli animali, di cadaveri o di carogne, come occorre nei servizi di assistenza degli ammalati, dei servizi mortuari, della nettezza pubblica.

Alcuni lavori, senza essere veramente lesivi della dignità personale, possono assumerne l'apparenza in determinate circostanze, come quando per il trasporto di carichi voluminosi il portatore è costretto a fare lunghi percorsi, curvo ed oppresso, o quando l'uomo è costretto trainare veicoli ai quali sono di solito applicati animali.

Avvilenti quanto spregevoli sono infine le mansioni di comparsa, per le quali uomini senza

sviluppare alcuna energia si espongono in pubblico a scopo di pubblicità ambulante.

Il lavoro dell'uomo deve essere proprio, esclusivo e degno di lui, ossia tale che non possa essere eseguito che da chi è guidato dall'intelligenza e tale che dia la consapevolezza della sua utilità sociale.

Si deve tendere a rendere il lavoro funzione dell'intelligenza, sollevando i muscoli dal lavoro bruto, ed affidando questo alle macchine.

Occorre d'altra parte circondare di speciali cautele le mansioni sgradevoli o ripugnanti allo scopo di sottrarre il lavoratore all'avversione del pubblico.

Anche in questi casi si deve tendere all'uso delle macchine ed in mancanza sottrarre durante il lavoro l'operaio alla vista del pubblico, provvederlo di mezzi di protezione individuale e di indumenti adatti con il divieto di farne uso fuori servizio, nonchè di strumenti atti a raccogliere, rimuovere o trasportare i materiali ripugnanti in modo da impedire ogni contatto con essi. Gli stabilimenti dove si attende a tal genere di lavoro dovrebbero essere muniti di adatti impianti per la pulizia personale dell'operaio, e dove egli possa, a lavoro finito, ritornare in modo che nulla sulla sua persona ricordi il lavoro ripugnante eseguito.

Agli emendamenti tecnici di questi mestieri atti a togliere o a nascondere il loro carattere di ripugnanza dovrebbe corrispondere una modificazione morale del modo di considerarli.

Ogni mestiere che non persegua finalità immorali non è e non deve essere considerato ripugnante.

Nessuno oggi disprezza il medico che pure deve frequentare le sale anatomiche, aver contatto con cose e persone fisicamente ripugnanti.

Allo stesso modo non si deve disprezzare il becchino, lo spazzino.

La differenza culturale non può costituire un diverso apprezzamento nei riguardi della più elementare dignità umana.

Il cittadino deve essere considerato per l'utilità che rende alla società, non per le sue mansioni, anzi la repugnanza del lavoro deve costituire un titolo di maggiore considerazione.

La condizione di questi operai oltre che dal genere del lavoro non deve essere aggravata dalla scarsa, nulla o negativa considerazione del pubblico.

Si deve tener conto anche che questi lavoratori sono per lo più individui dalla forte tempra morale, perchè malgrado la scarsa cultura e la scarsa educazione, malgrado la faticosità e la repugnanza del loro mestiere, non prendono la scorciatoia del delitto. DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 4 maggio 1928.
Presidente: Prof. DIONISIO.

Storia di una cisti ossea.

Prof. O. UFFREDUZZI. — Illustra un caso seguito durante molti anni, di osteo distrofia juvenilis, osservata in un giovane di 24 anni che presentava dolenzia sulla diafisi femorale e un ingrossamento osseo. La diagnosi di cisti ossea venne fatta per il reperto clinico e per quello radiografico.

Fu operato di incisione e di apertura della cisti ossea che venne svuotata del suo contenuto: il liquido chiaro e poco filante esaminato fu trovato ascettico. La parete della cisti era formata da una membrana connettivale che non presentava fatti infiammatori, nè mieloplassi. La cavità della cisti fu riempita con tessuto muscolare. Si ebbe una guarigione per due anni circa, poi il p. fu rivisto con una recidiva. Si ripetè l'intervento, e la cavità, lasciata aperta, si colmò per granulazioni. Dopo un periodo di guarigione si ebbe altra recidiva: il p. non accettò alcun altro intervento, anche perchè l'aumento della tumefazione era lentissimo. Dopo 4 anni, e cioè nell'estate scorsa, in seguito ad incidente automobilistico, riportò frattura patologica. Fu resecato in seguito a ciò, tutto il tratto osseo invaso dalla cisti e fu innestato in sito un pezzo di perone, con il relativo periostio che come risulta dalle radiografie è in buona conservazione, ed ha tendenza a consolidarsi.

Ricerche sul contenuto in adrenalina delle capsule surrenali nello shock traumatico sperimentale.

Prof. A. M. DOGLIOTTI e Dott. MAIRANO. — Sottoposte delle cavie a traumi gravi, quali strappamento di nervi sciatici, fratture multiple, sventramenti, ricercavano dopo un periodo di tempo che variava da mezz'ora a 24, il contenuto della adrenalina delle capsule surrenali, usando sempre come controllo estratti di capsule di animali normali.

Essi hanno potuto dimostrare una sensibile dimostrazione dell'adrenalina, dosabile già dopo mezz'ora dal trauma: la massima diminuzione fu riscontrata dopo 6-12 ore dal trauma (1/3 del contenuto normale) e sopratutto negli animali operati di sventramento senza sutura delle pareti.

Per il dosaggio si sono serviti del metodo biologico di Batteli (iniezioni endovenose in coniglio, misurando le variazioni della pressione carotidea) e del metodo colorimetrico di Follin-Cannon-Denis. Questi due metodi hanno dato risultati concordanti.

Allergia e superinfezione nella sifilide.

Prof. E. BIZZOZZERO e BERNUCCI F. lib. doc. — Dopo una serie di ricerche essi sono pervenuti alle seguenti conclusioni:

1) La reazione allergica provocata nei luetici, con treponemi vivi (introdotti sotto epidermicamente con essudato, tratto da manifestazioni contagiose) è di regola superiore per intensità e durata a quella provocata dai medesimi treponemi uccisi col calore.

2) La percentuale delle reazioni positive ottenute coll'essudato fresco nel periodo primario e secondario, è notevolmente superiore a quello raggiunto colla luetina.

3) Non esiste parallelismo fra la reazione allergica verso i treponemi e quella verso il siero di cavallo e la tubercolina: in un'alta percentuale, la prima è nettamente positiva, mentre le seconde sono negative o quasi.

4) La reazione allergica:

a) o si esaurisce dopo uno, due, tre giorni senza essere seguita da alcuna manifestazione;

b) o (prevalentemente nel periodo secondario), passa atraverso due fasi separate da un periodo di latenza totale o parziale, la prima rappresentata dalla lesione immediata fugace, la seconda da quella a carattere prettamente specifico, di più o meno lunga durata;

c) oppure (prevalentemente nel periodo terziario), si manifesta sino all'inizio con particolare intensità e, senza presentare alcuna soluzione di continuo nella sua evoluzione, riveste rapidamente i caratteri della manifestazione specifica.

5) Le lesioni rivestenti i caratteri della specificità non sono dovuti nè al trauma, nè a materiale specifico avirulento, nè a germi banali, bensì ai treponemi introdotti. Sono quindi vere lesioni da superinfezione.

6) Il periodo di incubazione delle lesioni in parola, tende ad abbreviarsi man mano che ci si allontana dal periodo primario, per ridursi a zero nel periodo terziario.

7) I caratteri delle lesioni sono in rapporto generalmente collo stadio in cui si trova la sifilide nell'individuo inoculato, non però infrequenti le eccezioni. Ordinariamente le più rilevanti si osservano nei periodi tardivi della lue. La tabe dà una percentuale elevata di risultati positivi mentre nella paralisi progressiva l'esito è negativo.

8) Alla inoculazione nello stesso luetico gli essudati freschi di diversa provenienza possono corrispondere lesioni di diverso aspetto ed evoluzione, il che può riferirsi al diverso numero di treponemi inoculati ma forse in prevalenza, a differenti proprietà dei treponemi stessi

9) A determinare la morfologia delle lesioni concorrono probabilmente oltre ai fattori sopraenunciati in qualche caso anche i fattori individuali e particolari condizioni locali strettamente limitate al punto di inoculazione.

10) *a*) in una buona percentuale di casi la manifestazione di inoculazione insorge, evolve, si riassorbe esclusivamente nel punto di inoculazione;

b) in un'altra categoria di ammalati varca questo confine, coi caratteri di una limitata diffusione del virus sifilitico e delle condizioni allergiche locali che può raggiungere anche le ghiandole satelliti;

c) in qualche caso infine si rende evidente una diffusione del treponema pallido nell'organismo colla comparsa di manifestazioni del tipo secondario.

11) È possibile che nella superinfezione una diffusione del virus si verifichi più frequentemente di quanto non appaia e che la mancanza di manifestazioni cutanee diffuse, dipenda dalla immunità parziale acquisita dal tegumento.

Sul valore del cloruro di sodio nel trattamento dello stato tossico secondario ad occlusione intestinale alta.

Prof. A. M. DOGLIOTTI e Dott. M. MAIRANO. — Gli OO. hanno studiato sul cane, l'azione del cloruro di sodio sullo stato tossico che sussegue alle occlusioni alte acute dell'intestino, le modalità colle quali il trattamento esplica maggiore efficacia e quali siano le dosi optimum.

Negli animali venne studiato il comportamento della cloruremia, dei cloruri nelle urine e dei globuli rossi.

1° Gruppo. Due cani operati di occlusione del duodeno senza alcun trattamento: morti dopo tre giorni. I cloruri dalle orine scomparvero completamente dalla metà del secondo giorno, i cloruri nel sangue diminuirono di 1/4 circa. I globuli rossi raggiunsero valori molto elevati toccando i 9 milioni circa.

2° Gruppo. Due cani furono operati come i precedenti, poi somministrazione di 50 gr. per kg. di peso di soluzione isotonica glucosata al giorno; questi animali sopravvissero 24 ore di più che i precedenti. Il comportamento dei cloruri fu come nel primo gruppo.

3° Gruppo. Cani operati come i precedenti a ui si somministrarono giornalmente 50 cmc. di soluzione fisiologica per via ipodermica: i cani sopravvissero sei giorni; vi fu forte iperglobulia; ipocloruremia di grado minore che nei precedenti casi.

4° Gruppo. Cani operati come i precedenti, ma con stomia del moncone duodenale: somministrazione atraverso alla stomia di 50 cmc. di acqua oppure di 50 cmc. di siero fisiologico ed iniezione endovenosa di 17 cmc. di sol. di NaCl al 15 %. Morte degli animali tra le 36 ore e i primi 3 giorni.

5° Gruppo. Cani operati come nei primi tre gruppi e trattati con iniezioni endovenose ipertoniche endovenose di cloruro di sodio e con siero fisiologico per via ipodermica alla dose di 50 cmc. pro die: maggiore sopravvivenza: alcuni sono sopravvissuti 9-10 giorni. I cloruri nel sangue si sono mantenuti nel sangue durante tutto il tempo in quantità pressochè normale, quelli nelle urine sono scomparsi alla fine del 2° giorno. Il numero dei globuli rossi è aumentato gradatamente ed ha raggiunto alla fine i valori osservati in altri animali. I cani hanno vomitato sempre delle ingenti quantità di bile e succhi digestivi, che contenevano del cloruro di sodio dal 5-11 %.

6° Gruppo. Cani operati come i precedenti ma trattati colle sole iniezioni ipertoniche di cloruro

di solio (60 cmc. pro die di sol. al 15 %): morte in terza giornata.

Conclusione: 1) La somministrazione di cloruro di sodio nelle occlusioni intestinali alte ha il potere di ritardare la morte di parecchi giorni.

2) Le sol. isotoniche glucosate somministrate allo stesso modo ed alle stesse dosi esercitano pure un'azione benefica ma in grado di molto inferiore.

3) La via più adatta per la somministrazione dei liquidi clorurati si è dimostrata quella ipodermica per la soluzione isotonica, quella endovenosa per la soluzione ipertonica.

4) La maggiore efficacia è stata dimostrata dal trattamento combinato di soluzione fisiologica e soluzione ipertonica clorurata al 15 %.

5) Le dosi che si sono mostrate maggiormente convenienti agli animali in esperimento sono state di 50 gr. di liquido e di 60-70 cgr. di cloruro di sodio per kg. di peso e pro die.

6) La somministrazione di cloruro di sodio a questa dose senza il suddetto quantitativo di acqua sono state inefficaci.

7) Si può supporre che il cloruro di sodio agisca come veicolo che permette od attiva, il potere naturale disintossicante dell'organismo e che le vie di eliminazione di queste tossine, oltre agli emuntorii naturali, siano la secrezione biliare, quella gastrica e quella pancreatica.

Il Segretario: G. VILLATA.

Ospedale Maggiore - Bologna.

Seduta del 22 aprile 1928.

Un biennio importante della vita di Marcello Malpighi. 1682-1683.

Prof. F. FRANCHINI. — L'O. legge e commenta il testo e la data di due epigrafi esistenti nell'Archiginnasio di Bologna: l'una del 1682 dedicata a Paolo Mini (che fu professore di anatomia in Bologna dopo il Malpighi); l'altra, con annesso epigramma, del 1683, dedicata al Malpighi. La prima, di autore ignoto e di ampollosità grottesca, celebrante non altro che una lezione di anatomia: l'altra di Mario Mariani, figlio di Andrea già maestro del Malpighi, sobria e brevissima, preconizzante l'immortalità del Grande. Sotto quest'ultima, l'epigramma dell'abate Mandricardo Sissa, il quale, in elegante forma dialogale, mette in risalto la brevità dell'epigrafe Malpighiana quasi per fare ancora più sfigurare la goffagine dell'inscrizione Miniana.

Con documentazioni tratte dall'Archivio di Stato di Bologna e da cronache manoscritte dell'epoca e specialmente dalla cronaca del Ghiselli, l'O. dimostra che la lapide al Mini in ben due votazioni successive non ottenne dalla « Congregazione della Gabella grossa » l'approvazione necessaria per essere murata: che, malgrado queste due votazioni contrarie, fu poi murata, soprattutto per imposizione del Cardinal Legato: che infine la lezione di anatomia in essa celebrata si risolse in un pieno insuccesso: che, per contrario l'apposizione della lapide Malpighiana ottenne alla prima votazione della Gabella grossa 15 voti su 16 votanti.

L'O. ricorda come nel 1678 o 1679 la persecuzione contro il Malpighi giungesse fino alla minaccia di morte; e collegando questo periodo così grave per il Malpighi con le date delle due lapidi (quella Malpighiana succede a quella del Mini ad un solo anno di distanza!) e rilevando il contrasto di stile fra le due, conclude che questa successione di manifestazioni non può essere fortuita; e che la lapide al Malpighi dovette essere una reazione a quella dedicata al Mini. A conforto di questa ipotesi sta il movimento della pubblica opinione di quel tempo quale risulta dai documenti citati: sta l'epigramma sottoposto all'epigrafe Malpighiana col suo particolarissimo contenuto e stile: sta il fatto storicamente sicuro che l'epigramma fu apposto anch'esso nel 1683 e però rispecchia l'opinione di contemporanei: sta, in parte, anche la circostanza che nel 1683 è il ritratto che al Malpighi dipinse il pittore bolognese Carlo Cignani.

Su di un caso di cisti laterale del collo di origine tiroidea.

Dott. G. ZAMPA. — L'O. illustra un caso di cisti della regione sternocleidomastoidea destra sviluppatasi in una tiroide accessoria.

Fa notare come questa varietà di cisti del collo, ritenuta, un tempo, molto rara, debba essere presa in considerazione ogni qualvolta ci si trovi in presenza di una tumefazione cistica di detta regione.

Nel caso personale si trattava di una cisti uniloculare che, apparsa nella pubertà, aveva decorso lentissimamente fino a raggiungere la grossezza di un uovo di gallina.

L'operazione precisò la sua situazione anatomica in quanto si vide che essa occupava, al di sotto dell'aponeurosi cervicale media, la zona del fascio nerveovascolare, ed era avvolta da una capsula fibrosa. All'esame microscopico la parete cistica apparve essere costituita da tessuto tiroideo, in gran parte a tipo adulto e funzionante, e in parte a tipo fetale con diffusa degenerazione jalina del connettivo.

Dopo avere accennato alla probabile genesi di questa tiroide aberrante, l'O. mette in rilievo un segno clinico che può avere notevole valore per differenziare questo gruppo di cisti tiroidee aberranti dagli altri gruppi che sogliono più frequentemente riscontrarsi nella regione carotidea, quali le cisti branchiali (dermoidi, mucoidi e miste), le cisti sierose, le ematiche ed eccezionalmente le idatidee, segno, rappresentato da improvvisi aumenti di volume della tumefazione, accompagnati da dolori, che sono la evidente manifestazione di emorragie intracistiche, le quali sono veramente eccezionali nelle altre varietà cistiche.

Queste emorragie decorrono, come nell'osservazione personale, a getti successivi, « à poussées » fatto che ricorda molto bene le emorragie che mol-

to spesso si osservano nei gozzi cistici anche per piccoli sforzi o traumi e che trovano la loro ragione anatomica in una abbondante vascolarizzazione di questi tessuti tiroidei e in una particolare labilità vasale.

Il Segretario: DOTTI.

Società Medico - Chirurgica di Pavia.

Seduta del 30 marzo 1928.

Presidenza: Prof. A. FERRATA, presidente.

Presenza di vitamine in taluni vegetali conservati.

Prof. GUIDO RIGOBELLO. — La ricerca delle vitamine in taluni vegetali conservati in scatola permette di dimostrare: Nei piselli nostrani conservati è presente una certa quantità di fattore B che permette di mantenere l'equilibrio ponderale e qualche po' dell'elemento antineuritico nei piccioni, che vanno tuttavia soggetti alla diarrea verde ritardabile evitando con regime adatto di dieta le fermentazioni intestinali. Secondo le esperienze sulle cavie il fattore C pare appena accennato. È presente il fattore A in quanto che nei ratti non insorge xeroftalmo.

Sottoponendo i piselli all'irradiazione con ultravioletti si promuove in piccola quantità la formazione del fattore E.

Nel pomidoro conservato, il fattore B è presente mantenendosi per qualche tempo l'equilibrio ponderale e poco manifesti i fatti irritativi; tuttavia appare intensa la diarrea verde dovuta ai fenomeni di fermentazione intestinale. Il fattore C è contenuto in media quantità nel pomodoro pelato; in forte quantità nel pomodoro intiero, perciò la buccia priva di vitamina fa da protezione. La vitasterina A vi è contenuto in notevole quantità: i ratti aumentano di peso e non hanno xeroftalmo. L'irradiazione promuove una notevole formazione di fattore calciofissatore.

Nelle marmellate di arancio è presente il fattore A, assente il B, piccola quantità di C; con l'irradiazione si promuove la formazione del E.

Nelle pesche sciroppate è presente il fattore D, in traccie si trova l'A. Assenti B e C si promuove la formazione di E.

I terreni al fegato per l'isolamento e coltura del gonococco.

Prof. GUIDO RIGOBELLO. — Il terreno liquido adoperato fu quello di Lebeuf lievemente modificato.

Parimente l'agar era al fegato con bianco d'uovo e fecola di patate.

Avendo cura di arricchire di pus la superficie inclinata dell'agar contenute in provette grosse, si isola il gonococco benissimo e si fanno poi trapianti. La reazione del mezzo optimum va da 6,8 a 7,4 PH.

Inizialmente nel brodo le sostanze riducenti sono 2,3 % dopo otto giorni 0,4 %. Il metodo di colorazione Pappenheim è incostante, permane la Gram negatività.

Il brodo serve bene per la coltivazione e preparazione del vaccino nonchè dell'antivirus.

Osservazioni su un metodo di trasmissione sperimentale della gonorrea al coniglio.

La sensibilizzazione della congiuntiva del coniglio con bile, come fecero Kalinin e Fehlberg permette di infettare di gonorrea il coniglio, tuttavia con l'identico sistema si infetta anche con gli altri germi la congiuntiva. I gonococchi scompaiono rapidamente, permane in seguito un'infiammazione che può portare alla perforazione e distruzione dell'occhio.

L'infezione non dà immunità all'altro occhio. Il metodo in pratica non serve per identificazione ed arricchimento; solo dopo ripetute infezioni che portano anche a morte il coniglio si riscontrano in debole quantità anticorpi.

Dott. F. RICCI, *Segretario.*

Associazione Medica Triestina.

XII Adunanza scientifica del 30 marzo 1928-VI.

Presidenza: Dott. A. COFLER, pres.

Prima di passare all'ordine del giorno il Presidente partecipa ai colleghi la morte del N. U. dott. Vincenzo de Giaxa, avvenuta a Venezia il 24 marzo 1928. Ricorda come il defunto dott. V. DE GIAXA, nato a Zara nel 1848, ebbe a Trieste per molti anni la carica di protofisico ed ufficiale sanitario, distinguendosi particolarmente nell'epidemia colerica dell'86; fu nominato poi professore straordinario d'igiene a Pisa (1887) e quindi professore ordinario d'igiene a Napoli (dal 1898 al 1923); durante il ministero Di Rudinì ebbe la carica di Direttore generale di Sanità. Fu insignito di varie onorificenze: Cav. uff. dei SS. Maurizio e Lazzaro e Commendatore della Corona d'Italia.

Nel 1924 fu nominato accademico onorario della R. Accademia di Roma.

Il Presidente comunica che il prof. Marina ha ringraziato per gli auguri inviatigli e dà notizia di essere in via di guarigione.

Un caso grave di stomatite.

GRANDI presenta un caso di grave stomatite che in primo tempo fece pensare ad una forma leucemica. La donna presentava anche edemi agli arti inferiori. La R. Wassermann fu negativa. Negativi furono anche tutti gli esami del sangue (conta dei globuli bianchi e striscio).

Perciò fu fatta diagnosi di « *gengivite ipertrofica* » da anemia, in donna che allatta. La cura sarà chirurgica: asportazione delle papille.

Il bacillo della tubercolosi.

LANG svolge la sua relazione: *La cultura del bacillo della tubercolosi umana e l'accertamento diagnostico con il metodo di Hohn.* Riferendosi a dei

risultati portati tempo addietro in questa sede espone come l'accertamento diagnostico col metodo della coltura non biologica secondo il metodo Hohn sia proficuo, indispensabile e pratico. Detto metodo è sorto sulle vecchie basi della batteriologia del germe e ciò non pertanto è frutto recentissimo degli studi culturali i quali nei riguardi del virus tubercolare non hanno reso tempestivamente quanto avrebbero potuto rendere; ciò in rapporto al fatto che inizialmente ci si perdeva sulla morfologia del germe anche con conclusioni che oggi più non reggono alla critica mentre lo studio della coltura quasi indipendentemente dalla morfologia inizialmente non produceva quanto quello della batteriologia. Colla scoperta dell'arricchimento (dell'Uhlenhuth) i due studi si abbinano nella loro parentela di rapporti e fra risultati sfortunati con ricerche invero pazienti e persistite a cui Sclavo, Gosio, Pergola, Capaldi, Frugoni, Gioielli ed altri portano fattivi contributi, si creano le basi su cui poggia il metodo di Honh e si cominciano a conoscere a prediligere nel grande numero dei terreni, varii di questi; così degli stessi spiccano particolarità elettive come la glicerina, l'uovo e l'acidità del brodo, acidità che per quanto oscilli per i bacilli degli animali a sangue caldo in piccoli limiti è una condizione indispensabile per il virus umano. L'O. dopo avere esposto quali siano i vantaggi per la preferenza di un terreno anzichè di un altro, dopo aver accennato al contributo che la coltura ha portato per lo studio dei fenomeni di agglutinazione e alla cosidetta varietà omogenea del bacillo, spiega poi come agli effetti di un accertamento diagnostico le colture non biologiche non potessero essere che poste in seconda linea di fronte al dominio incontrastato tenuto dall'inoculazione in cavia, dominio tenuto ancor oggi; mentre stando ai risultati ottenuti dal metodo Hohn questa non dovrebbe che accompagnare il metodo in parola.

Rilevata la recente e prima genesi del metodo viene esposta la tecnica tipo a cui l'O. ha portato delle modificazioni che trovano motivo in accenni di sperimentatori successi al Hohn e che hanno controllato il metodo. Fra questi indispensabile la sterilizzazione del brodo per tre giorni e il riposo più ricercato una volta avvenuta la semina.

Il metodo che sorpassa in semplicità quello del Petragnani anche buono, è stato sperimentato dall'O. su altri casi dopo quelli preventivamente riferiti. Su 112 casi, nel 50 % degli sputi negativi la coltura è riescita positiva e la percentuale si è mantenuta veramente ottima anche per gli altri materiali patologici fra cui liquidi, ascitici, pus, orine, liquidi cerebro-spinali e pezzetti anatomici. Dei liquidi ascitici interessante un caso in cui la inoculazione in cavia era rimasta negativa mentre la coltura positiva confermò la nozione oramai riconosciuta di alcuni ceppi apatogeni per la cavia e rintracciabili col metodo dei pus interessante quello di un ascesso freddo positivo solo nella coltura e dei liquidi cerebro-spinali quello microscopicamente negativo che per quanto sterile e trattato come il più inquinato dei materiali coll'acido solforico al 10 % è risultato positivo, fatto questo che conferma l'avidità del bacillo per gli acidi. Dei preparati anatomici due a bella posta scelti e costituiti da due focolai ridotti ad un piccolo nodulo di sola calce risultarono negativi; altra dimostrazione della condizione necessaria alla vita del germe l'ossigeno.

Stando dunque ai risultati, stando ai pochi sperimentatori successi al Hohn in Germania e all'estero la prima volta in Italia coll'O., nonchè alle nozioni che il virus tubercolare può essere apatogeno per la cavia e stando al dato di fatto della possibilità di una fase invisibile del germe, possibilità sulla via di essere risolta con una tecnica particolare attraverso scerazione del bacillo per un ospite intermedio, l'O. definisce il metodo Hohn come necessario anche in relazione alla sua semplice tecnica per tutti gli accertamenti diagnostici, anche quelli della comune pratica; per lo studioso di laboratorio si avrà altro interessante materiale di studio sul virus oggi facilmente coltivabile e per questo il ricercatore d'immunobiologia avrà aperta maggiormente la strada agli autovaccini e alle anatossine.

OBLATH. — Chiede la quantità di tessuto necessaria per l'esame, avendo ciò una grande importanza in oculistica per la diagnosi differenziale nelle congiuntiviti.

LANG. — Dice che per l'esame occorre la quantità di 1-2 grammi; si può fare la coltura anche con quantità minore ma con minore probabilità.

OLIANI. — In riguardo a quanto detto dall'egregio dott. Lang sulla coltura del bacillo tubercolare e ai brillanti risultati ottenuti, rileva l'importanza di essa per la cura e la prognosi. Ricorda a tale proposito un caso nel quale era stata posta la diagnosi di carcinomatosi del peritoneo che da lui invece fu giudicato tubercolosi essudativa: la coltura del liquido ascitico col metodo testè illustrato ha convalidato il concetto diagnostico di affezione tubercolare, facilitando così l'indirizzo terapeutico che ha portato a guarigione la paziente.

GRISOGONO. — Fa rilevare l'importanza del metodo di Hohn anche nel campo ginecologico e precisamente in quei casi, abbastanza frequenti, in cui l'operatore, anche col pezzo anatomico alla mano, non può decidere se si tratti di un banale processo gonococcico oppure di un processo tubercolare. Da qui l'importanza del nuovo metodo di cultura anche per la prognosi e per il compito terapeutico.

Il Segretario: Dott. E. RONCALLI.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 30 marzo 1928.

Corpo estraneo nel polmone.

Dott. LOVADINA L. — L'O. descrive un caso clinico di corpo estraneo nel polmone destro, da aspirazione. Trattavasi di una borchia metallica

penetrata circa quattro anni prima nelle vie aeree di una bambina, inosservatamente, senza che fosse destata una sintomatologia acuta. Il quadro clinico tardivo era quello di una tubercolosi polmonare localizzatasi al lobo inferiore destro. Nulla mancava per una sindrome specifica. I raggi X rivelarono la presenza del corpo estraneo, che fu tolto con pneumotomia transpleurale. Guarigione rapida. La comunicazione è completata da due radiografie molto dimostrative.

Il Segretario: CAROLI.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 26 aprile 1928.

Presidente: Prof. G. GALLERANI.

TESTONI G. — Riferisce intorno un nuovo caso di *determinazione volumetrica dell'acido solforico*, che egli ha istituito e che si dimostra perfettamente rispondente allo scopo.

Un metodo di ricerca del Bacterium coli nelle acque destinate ad uso potabile.

NERI F. — L'O. dopo aver parlato del suo metodo di ricerca del bact. coli mediante brodo Liebig-peptone glucosato al rosso neutro in tubi di fermentazione, accenna ad alcune modificazioni da apportare a questo metodo sia per ciò che riguarda il mezzo liquido di cui dice che può eliminarsi il rosso neutro sia per ciò che riguarda la preparazione dei tubi di fermentazione. Passa poi a parlare delle osservazioni fatte per la ricerca del bact. coli Liebig-peptone lattosato allo scopo di semplificare sempre più il metodo. Come indicatore aggiunge l'acido rosolico.

Questo metodo mentre si equivale a quello lattosato, presenta tuttavia il vantaggio di rendere più rapida la ricerca del bact. coli.

Importanza della ricerca del Bacterium coli per la vigilanza delle acque potabili.

SIMONETTA F. — L'O. dopo aver parlato del significato del bact. coli nelle acque analizza il risultato di 41 osservazioni fatte su campioni di acqua del Sele che alla fonte è assolutamente priva di bact. coli e con un contenuto bacterico basso. In tutte le osservazioni fatte è stato ricercato bac. coli secondo il procedimento Neri (brodo Liebig-peptone) glucosato e lattosato ed il contenuto bacterico, ed è venuto alle conclusioni seguenti:

1) la ricerca sistematica del bac. coli applicata alla vigilanza sui servizi di conduttura e distribuzione delle acque potabili è capace di svelare, in modo semplicissimo, eventuali cause d'inquinamento;

2) nella segnalazione di inquinamento o di pericoli di inquinamento la sensibilità della ricerca del colibacillo supera di gran lunga quello della determinazione del contenuto batterico;

3) i mezzi liquidi (brodo Liebig-peptone) glucosato e lattosato si equivalgono nella ricerca del bac. coli. I mezzi lattosati però presentano il vantaggio di rendere il procedimento più rapido, il che è desiderabile in un servizio di vigilanza.

Occlusione intestinale tardiva secondaria a strozzamento erniario chirurgicamente ridotto.

BONOMO V. — Riferisce su di un caso di occlusione intestinale insorta progressivamente in infermo operato un mese prima per ernia strozzata in altro ospedale. All'operazione trovò inginocchiamento di fucile di un'ansa del tenue. Eseguì la enterectomia e l'anastomosi latero-laterale. Guarigione.

Evidentemente l'ansa strozzata nonostante la riduzione era rimasta nella viziosa posizione assunta nel sacco erniario. L'occlusione non era dovuta solo al fattore estrinseco delle aderenze ma anche ad un cospicuo ispessimento reattivo delle pareti dell'ansa in corrispondenza dell'angolo dell'inginocchiamento.

CASSANO C. — Riferisce intorno ad una serie di ricerche rivolte allo studio della *uricolisi* e della *uricopoiesi* nelle malattie epatiche.

Le conclusioni a cui l'O. è giunto sono le seguenti: nella maggior parte delle osservazioni si è trovato un fatto di uricemia più elevato della media normale, per quanto tale aumento di acido urico circolante nel sangue sia stato molto sensibile solo in qualche caso. In qualche osservazione si sono trovati invece valori uricemidi più bassi della norma, che si accompagnavano tuttavia ad un'aumentata escrezione orinaria di acido urico. Ciò è parso attribuibile ad una abbassata voglia renale.

Quasi costantemente l'eliminazione orinaria dell'acido urico si è mostrata fortemente aumentata.

Al fegato conviene riconoscere un'assoluta preminenza funzionale in processi di uricolisi che sono svolti da tutto l'intero organismo.

Nelle gravi affezioni epatiche le attività uricolitiche sono gravemente offese.

Il Segretario: Dott. LUIGI QUARANTA.

Società Medica di Parma.

Seduta del 2 marzo 1928.

Presidenza: Prof. ANTONIO PENSA, presidente.

Di una non comune complicanza seguita nel corso di una pericardite essudativa a grave versamento.

Prof. A. BRAGA. — L'O. espone minutamente le osservazioni eseguite su di un infermo affetto da pericardite essudativa a grave versamento.

Morbo di Addison

Prof. P. GUIZZETTI e Dott. G. REGGIANI. — Gli OO. espongono il reperto necroscopico di un ragazzo di 11 anni che presentava un tipico quadro di Addison. All'autopsia si trovò solo la surrenale

sinistra, assai piccola, del peso di gr. 1,02. La destra mancava e vi era uno stato timico linfatico non spiccato. Nulla di particolare nelle altre ghiandole endocrine. Alla biforcazione della trachea si rinvenne una linfoghiandola grossa come una nocciola rammollita per necrosi caseosa. Nei polmoni si trovò un nodicino nuovo grosso come un grano di miglio caseificato. In tutta la restante parte del corpo non si trovò altro che potesse far pensare alla tubercolosi.

La surrenale sinistra presentava un processo infiammatorio cronico con esito in cirrosi Nel plesso solare si trovò un'altra piccola surrenale larga sei millimetri, aderente a un ganglio semilunare, risultante di sostanza corticale ed anche di traccia di sostanza midollare. Si ritenne essere la s. destra fuori della sede ordinaria. L'ipofisi mostrava nel lobo principale mancanza completa di cellule basofile; le eosinofile erano scarse e piccole; la pars intermedia nulla presentava di anormale. Le altre ghiandole endocrine normali. Le conclusioni anatomiche sono le seguenti: L'infiammazione delle surrenali non è di natura tubercolare, ma ha i caratteri istologici delle infiammazioni croniche sifilitiche, per cui è da ritenere di questa natura.

Ancora dei fenomeni respiratori conseguenti alla simpaticotomia nell'animale decerebrato.

Prof. G. PUPILLI. — L'O. espone i risultati sperimentali ottenuti.

Difetti di struttura ossea nel bacino di acondroplasici.

Dott. E. RIZZATTI. — L'O. espone e dimostra reperti riscontrati in ossa iliache di due acondroplasici consistenti in mancata ossificazione del centro dell'ileo. Pensa che tale reperto possa avere nello studio dell'acondroplasia quel significato che hanno altri segni, non decisivi per una diagnosi di tale morbo, che accompagnano molte volte i dati essenziali della malattia e cioè la triade costituita dalla micromelia, isodattilia, e dalla elevazione del perone al plateau tibiale.

A. CHISTONI.

Accademia Medica di Teramo.

Seduta del 26 febbraio 1928.
Presidente: Prof. DARIO MAESTRINI.

Malarioterapia nelle psicosi non luetiche. (Demenza precoce)

Prof. LEVI BIANCHINI. — Dal luglio 1927 a tutt'oggi, insieme con il dott. Nardi, ha malarizzati 50 dementi precoci (schizo-frenici), di cui 13 ebefrenici, 13 ebefreno-catatonici, 6 ebefreno-paranoidi, 13 paranoidi, 5 parafrenici. Riferisce su 28 casi clinicamente esauriti: mentre 3 casi si dimostrarono malarioresistenti e 19 sono tuttora sotto osservazione. Dei 28 casi esauriti, 25 appartenevano a maschi, 3 soli a femmine: e ciò soltanto per il fatto che la malarizzazione sistematica fu voluta esperimentare prima sui maschi. I risultati ottenuti sarebbero di una sraordinaria importanza; perchè si sarebbero avute 7 guarigioni vere e proprie, cioè il 25 %.

Oltre di ciò si sarebbero avuti 6 casi, cioè il 20 % di migliorati sensibilmente.

I soggetti guariti furono tutti dimessi, inviati alle loro case e rimessi non soltanto in circolazione, ma ancora restituiti alla professione od arte loro propria. Molto notevole e diagnosticamente di primaria importanza fu la ricomposizione della vita effettiva, così caratteristicamente lesa nei dementi precoci. Non intende trarre alcuna conclusione prematura: l'argomento è troppo delicato e la esperienza ancora troppo esigua; ma i risultati ottenuti sono rigorosi ed aprono la via tanto al controllo dei psichiatri, quanto alle fondate speranze.

Il dott. DARIO MAESTRINI domanda all'oratore se furono fatte osservazioni cliniche sui caratteri dell'accesso malarico, e se l'emosporidio avesse mantenuto, nei successivi innesti, i medesimi caratteri tintoriali e morfologici.

Il prof. BIANCHINI risponde che tali osservazioni furono fatte ed in successivi innesti non si notarono differenze nè cliniche, nè biologiche col ceppo malarico.

Ascesso ilare sinistro simulante un vizio mitralico.

Prof. DARIO MAESTRINI. — L'O. illustra mediante radiogrammi un caso di falso vizio mitralico. Si trattava di un mugnaio di 42 anni, il quale, quando si presentò, si lamentava di tosse secca e di affanno nel salire. All'esame clinico presentava una zona di ottusità, in corrispondenza del 2° spazio intercostale sinistro, un soffio diastolico-presistolico al focolaio della mitrale, e temperatura oscillante tra 37° C-37°,6 C.

Il primo esame radiologico dimostrò una grossa ombra ilare sinistra, e cuore nei limiti, nulla all'albero respiratorio (20-5-1927). Vuotatosi spontaneamente l'ascesso con espettoraz. di abbondante pus un nuovo esame radiologico rivelò che l'ombra opaca, densa, era scomparsa e l'ilo di sinistra presentavasi per grandezza ed opacità identico presso che a quello di destra.

La fenomenologia clinica osservata nei primi giorni doveva essere data da compressione esercitata sull'orecchietta sinistra e sul foro atrio-ventricolare corrispondente dall'ascesso che aveva compromesso il gruppo ghiandolare dell'ilo di sinistra.

Considerazioni pratiche sul trattamento dell'appendicite,

Prof. A. CERMENATI. — Prendendo occasione di una recente comunicazione fatta alla Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche (nov. 1927) dal prof. Maiocchi, e riferite anche su giornali che hanno diffusione tra i medici pratici, come ad esempio *Il Policlinico*, Sez. prat. (6 febb. 1928)

circa il tempo più opportuno per l'operazione dell'appendicite, l'O. osserva che l'affermazione pura e semplice che i migliori risultati si hanno quando l'appendicite è operata nel primo periodo, vale a dire nelle prime 24-48 ore e nel terzo periodo, vale a dire a raffreddamento completo del processo flogistico (affermazione per sè stessa perfettamente esatta e da tutti accettata) può essere praticamente pericolosa, nel senso che rinforza in molti medici, e specialmente medici pratici, una convinzione che non esita a dichiarare erronea (e tale era ritenuta anche dal Dieulafoy fin da 35 anni or sono), cioè che trascorse le 24 e le 48 ore bisogni, per l'atto chirurgico, attendere che l'attacco si raffreddi. Ora, siccome difficilmente avviene che il medico — e in ispecie il medico di campagna — veda il malato nelle prime 24 o 48 ore, succede che spesso, per non dir sempre, la opera del chirurgo è richiesta quando già è avvenuta qualche grave complicanza dell'appendicite, o la formazione dell'ascesso o la peritonite generalizzata, e in questa ultima condizione non è raro il caso che il soccorso giunga troppo tardi.

L'O. riferisce in brevi parole la casistica personale delle operazioni di appendicite, in cui il numero di quelle eseguite a freddo non supera di molto quello delle operazioni eseguite a caldo. Se nelle prime non ha a lamentare nessun decesso, mentre nelle seconde la percentuale di mortalità è del 6 per cento, ciò non deve affatto meravigliare — e sopratutto per trarre conclusioni errate, in quanto che negli interventi a caldo sono comprese anche quelle operazioni d'urgenza praticate in appendiciti già nella fase della peritonite purulenta generalizzata, intervento che rappresenta il tentativo di arrestare il fatale andare della malattia, tentativo doveroso per il chirurgo che pensa di preoccuparsi meno della propria statistica operatoria e più della vita del paziente.

Sulla trasmissibilità del mal rossino all'uomo.

Dott. GIACINTO ROSSI. — Questa comunicazione non ha lo scopo di portare un maggior contributo alla casistica dell'infezione da C. Erysipelatis suis nell'uomo, bensì di dimostrare che la trasmissione di questa malattia nella nostra specie è molto più facile e frequente di quanto possa desumersi dalle descrizioni di casi isolati dei vari autori.

Nel secondo semestre del 1926 si ebbero nel nostro comune vari centri di diffusione del mal rossino con 121 suini malati e 47 morti. L'epizoozia venne arginata con le siero-vaccinazioni preventive e curative e con la macellazione dei suini grassi che si effettua nell'approssimarsi della stagione fredda. In questa epoca i proprietari, sfuggendo alla denuncia obbligatoria degli animali malati con le relative conseguenze, mattavano i propri suini ai primi sintomi del male per utilizzarne le carni per uso privato: nessun inconveniente si ebbe a notare.

Molti dei morti furono dai proprietari utilizzati per fabbricarne sapone e nel depezzarli cinque persone riportarono lesioni localizzate alle dita, mani e parte inferiore delle braccia. Le manifestazioni erano date da tumefazioni circoscritte della pelle, le une vicine alle altre, arrossate, dolenti, con prurito intenso e bruciore: tumefazione cutanea alla sottostante articolazione.

In un malato il quadro morboso presentò pure una linfangite reticolare con adenopatia sottoascellare.

Se si volesse tentare una percentuale dei colpiti, si vedrebbe risultare superiore al 10 per cento. Fa notare, per incidenza, che diedero buoni risultati, come cura, le applicazioni di soluzione di sublimato corrosivo all'1 per mille; e l'iniezione del siero specifico nell'individuo con linfangite (dott. Franchi).

Su alcune complicanze dell'influenza.

Dott. QUIRINO CELLI. — L'O., analizzando dal lato patogenetico e clinico alcune complicanze e localizzazioni poco studiate dell'influenza, segnala e tratta partitamente il vomito, la sonnolenza, le epistassi imponenti, le broncoraggie, la parotite, l'appendicite, la neurite ottica retrobulbare.

Apporta un contributo di casi, e cerca di fissare le caratteristiche nosologiche e cliniche di ogni complicanza o localizzazione influenzale.

Si sofferma più a lungo sulla neurite retrobulbare, ponendo in luce l'importanza dell'influenza come causa determinante di tale affezione, sulla scorta di un caso clinico da lui illustrato. Diffondendosi, infine, sulle complicanze e localizzazioni renali dell'influenza, l'oratore mette in evidenza la varietà dei tipi clinici che tenta di classificare alla stregua delle odierne vedute.

Il Segretario: Dott. B. CANCRINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

La causalgia di Weir-Mitchell.

Fu così chiamata da Weir-Mitchell, che per primo la descrisse. Essa consiste in un dolore urente, come di scottatura, che ha periodi di esacerbazione parossistica, provocati dal contatto anche piccolo di oggetti caldi o secchi.

Possono provocare le crisi dolorose anche dei traumi psichici: l'idea di dover compiere un atto (defecare, urinare), una improvvisa notizia, la vista d'una persona che cade, ecc.

Questi disturbi sensitivi possono accompagnarsi ad una impotenza funzionale; ed allora è difficile poter stabilire se si sia di fronte a disturbi paralitici, oppure a forme funzionali.

Gli oggetti umidi e freddi calmano i dolori; per ottener un sollievo talora i pazienti lasciano gli arti doloranti in bagno per settimane e mesi, fino a provocare la macerazione dei tessuti.

Il Leviatan nel 1873 aveva pensato che tali disturbi erano di natura simpatica; Leriche è della stessa opinione, e non crede che si tratti di obliterazione vascolare. Egli consiglia di modificare l'innervazione simpatica, escidendo la guaina periarteriale del plesso nervoso.

Tale operazione ha dato spesso buoni risultati; però alcuni insuccessi fanno pensare che la causalgia non sia soltanto d'origine simpatica; infatti l'intervento ha potuto mettere in evidenza lesioni nella struttura dei nervi; probabilmente alla origine della causalgia partecipano i filetti del simpatico e le fibre dei nervi motori.

Secondo Chiray e Pavel (*Nouveau traité de Médec.*, 1927) il trattamento in alcuni casi si può limitare alla sola simpaticectomia periarteriosa di Leriche; in altri casi invece bisogna anche fare il taglio del nervo (mediano o sciatico popliteo interno).

Girou usa la legatura al catgut del nervo, con buoni risultati. La legatura del nervo va fatta in alto, prima che il nervo riceva, con l'arteria, i filetti simpatici; la legatura bassa, irritando i filetti simpatici, provoca spasmi. La legatura nella prima ora è dolorosissima, per cui è necessario ricorrere alla morfina.

Sicard ha ottenuto buoni risultati con le iniezioni endovenose di alcool a 60°.

CARUSI.

Il rossore emozionale.

Se ne occupa Hartenberg nella *Presse Médicale*, agosto 1927.

Darwin descrisse con ragione che il rossore è la più umana di tutte le espressioni. Se però il rossore dell'ira, del sudore, della vergogna si presenta in circostanze ben precise e determinate, al contrario il rossore della timidezza infinitamente più frequente, si produce nelle circostanze più svariate. Basta che il soggetto si senta osservato, si presenti al pubblico, gli si diriga la parola, perchè improvvisamente egli divenga rosso in faccia. Insieme al rossore, l'individuo trema, suda, avverte i suoi battiti cardiaci più frequenti, ha confusione psichica. In tali casi il rossore si produce senza alcun vero motivo, non essendovi quasi mai pericoli o altre cause che possano impressionare il soggetto. Tutto questo quando si tratta di individui timidi, ma il rossore può prodursi anche in soggetti affatto timidi ed allora è una manifestazione indipendente e isolata.

Il grado del rossore varia molto a seconda delle persone, come pure varia la frequenza degli accessi di rossore a seconda degli individui. Alcuni arrossiscono solo in circostanze eccezionali, altri invece per qualsiasi motivo. Generalmente con il passare degli anni tale fenomeno si attenua e scompare, rimanendo perciò un appannaggio della gioventù. Se al contrario persiste, nonostante l'età inoltrata, si può essere sicuri di trovarsi in presenza di individui di natura sensibile, impressionabile, disarmata di fronte alle attitudini dell'energia e della forza.

Il rossore emozionale è il punto di partenza dell'ossessione del rossore, o della paura di arrossire, l'ereutofobia.

Quanti individui rinunciano a carriere brillanti, a professioni invidiabili, per il timore di arrossire alla minima occasione?

Vi sono alcuni che non vanno fuori di casa altro che la notte, altri che durante il giorno per la via, tengono continuamente il cappello abbassato, e in tramvay, dal barbiere, occultano sovente la faccia dietro un giornale!

Come trattare questi infermi? Anzitutto bisogna cercare di attenuare e sopprimere il rossore, e poi calmare l'emotività del soggetto.

Per ottenere la prima cosa, bisognerà evitare tutte le cause di vasodilatazione cefalica, quindi pranzi copiosi, luoghi eccessivamente riscaldati, alcool, vini ecc. Si cercherà di diminuire la massa del sangue, facendo ingerire al p. la minima quantità di liquidi. La vasodilatazione cefalica sarà combattuta con l'ergotina, con l'adrenalina (per iniezione 2-3 mmgr. pro die).

Per calmare l'emotività ansiosa, sono utili i bromuri, il cloralio, il veronal. Molto spesso in

base a questo trattamento, le anomalie circolatorie si attenuano rapidamente, l'eretismo cardiaco si calma, l'infermo si tranquillizza e vedendo che non arrossisce più, guarisce.

A. POZZI.

TERAPIA.

Le indicazioni operatorie nella litiasi biliare.

Krecke (*Münch. med. Wochens.* 1927, n. 40) consiglia di prendere in esame il tipo di litiasi e cioè:

1) *L. biliare larvata.* — Forma assai frequente, in cui il malato non ha crisi caratteristiche. Si lamenta di disturbi gastrici vaghi e di dolori passeggeri alla spalla, al collo, al braccio destro. Talvolta esistono leggere oscillazioni termiche. Se il trattamento medico è inefficace, è consigliabile l'operazione.

2) *L. cronica con coliche tipiche.* — Ad intervalli, più o meno distanziati, i malati hanno delle crisi che cedono alla morfina, oppure anche senza questa in 12-24 ore. Dopo tre o quattro di tali crisi, si può pensare alla possibilità di un'operazione, che in generale è consigliabile, sia perchè nell'attesa le lesioni si accentuano ed il pericolo si fa più evidente, sia perchè l'operazione precoce, fatta in un periodo quiescente è benigna.

In questo stadio, le controindicazioni operatorie sono: l'obesità, il sesso (oltre i 40 anni l'uomo resiste meno bene della donna), le affezioni croniche concomitanti (circolatorie, respiratorie, renali). L'indicazione è discutibile nei diabetici.

Come risultati operatori, si hanno nelle buone cliniche: mortalità 1,7-4 %; guarigione durevole 70-90 %; recidive 3-24 %.

3) *Crisi litiasiche acute con sintomi gravi.* — Dopo intensi brividi, la temperatura sale a 39°-40°; polso frequente, regione vescicolare rigonfia e dolente; forte leucocitosi, ittero più o meno pronunciato. Anatomicamente, la cistifellea è distesa, turchiniccia, piena di calcoli, di bile torbida ed infettata da stafilococchi. Vi è minaccia di empiema e di peritonite per rottura. L'indicazione operatoria è formale. La guida migliore è data dalla temperatura; se questa (39°-40°) non cede entro le 48 ore, si deve intervenire. I pericoli operatori sono notevoli; la mortalità sale a 18-42 %. Si dovrà intervenire anche nell'occlusione acuta del coledoco. In quella cronica, può servire come atto preparatorio all'operazione l'iniezione endoduodenale di solfato di magnesio.

fil.

Il drenaggio medico delle vie biliari.

Il drenaggio duodenale ottenuto con la sonda di Einhorn non è entrato molto nella attuazione pratica perchè richiede il controllo radioscopico della sede della oliva della sonda, non è applicabile a tutti gli ammalati, li disturba assai. A. Bernard (*Paris Médical*, 8 ottobre 1927, p. 276) ha cercato di ottenere lo stesso effetto di drenaggio delle vie biliari senza ricorrere alla sonda. Egli somministra a distanza dai pasti, ogni 2-3 ore dei cachets composti di sostanze colagoghe (Boldo, peptone, combretum, estratti biliari ecc.) e di una miscela effervescente (acido tartarico e bicarbonato) che avrebbe lo scopo di provocare nello stomaco lo scoppio del cachet e facilitare la soluzione dei colagoghi in esso racchiusi. L'A. riporta numerose storie cliniche di itterici, coletiasici, angiocolitici, ecc., in cui il metodo avrebbe dato buoni risultati.

L. TONELLI.

Solfato di magnesio e secrezione biliare.

W. Mendenhall, C. McClure, M. Cate (*Boston m. and. s. journ.*, 8 luglio 1926) in seguito ad esperimento sui cani hanno osservato che l'introduzione di solfato di magnesio in scarsa qualità nella circolazione portale (vene mesenteriche) cresce il flusso della bile, per uno stimolo delle cellule epatiche. Però dosi assai forti di solfato di magnesio introdotte nelle vene producono un ritardo della secrezione biliare. Anche l'introduzione di forti dosi di solfato di magnesio nel duodeno rallenta la secrezione biliare, probabilmente perchè viene rapidamente assorbito.

DORIA.

Stimolanti della cellula epatica.

Polvere di Boldo, Polv. di aloe, ana cg. 5, Polv. di podofillina cg. uno. Sapone medicinale q. b. per una pillola. Se ne dà una al momento di andare a letto.

fil.

Intolleranza del fegato verso alcuni composti di bismuto.

Fiessinger riferisce (*Journal des Praticiens*, 1927, n. 49) intorno a due casi da lui osservati nei quali la cura bismutica fu male tollerata dal fegato.

Nel primo si trattava di un individuo con aortite e tabe frusta trattato dall'A. con iniezioni intramuscolare di bismuto, che dopo un certo tempo dall'inizio della cura ebbe ittero benigno e congestione del fegato, scomparsi in seguito alla interruzione della cura stessa.

Il secondo paziente aveva turbe gastriche; dopo due sole iniezioni di bismuto presentò ittero, ascite, edemi: l'A. pensa che il preparato bismutico abbia causato insufficienza epatica nel p. il quale era anche un cirrotico allo stato di latenza. Dunque non soltanto gli arsenobenzoli sono capaci di ledere il fegato, ma anche i preparati a base di bismuto i quali d'altra parte sono assai efficaci nella cura della sifilide sclerogommosa del fegato. Sono i casi nei quali il fegato è leso per altre cause che risentono influenza sfavorevole.

È necessario dunque nei casi dubbi saggiare con piccole dosi la tolleranza da parte del fegato verso il bismuto e solo aumentare le dosi quando si abbia la sicurezza che il medicamento sia bene sopportato.

f. v.

TECNICA.

Tecnica per il conteggio delle piastrine.

Le piastrine, o trombociti, o ematoblasti si originano dalle cellule sanguigne chiamate megacariociti, i quali a loro volta si sviluppano negli elementi cellulari del tessuto mieloide e compiono tutta la loro evoluzione nel midollo osseo.

Le piastrine si formano per frammentazione del protoplasma del megacariocito: *a*) emettendo pseudopodi che attraversano gli endoteli vasali fino a distaccare nel torrente circolatorio i frammenti del citoplasma; *b*) attraversando in totalità le pareti vascolari e frammentandosi in seguito in piastrine. Normalmente il numero delle piastrine nel sangue umano è da 250.000 a 300.000; la loro importanza fondamentale nella coagulazione è dimostrata dalla irretrattibilità del coagulo in quelle affezioni nelle quali le piastrine sono diminuite.

J. R. Müniz (*Vida Nueva*, novembre 1927), giudica deficienti i conteggi delle piastrine fatti con i preparati fissati e colorati. Indica perciò una serie di metodi, tutti effettuabili con l'uso della camera contaglobuli, preferendo ad ogni altra quella nuova di Neubauer, nella quale le divisioni sono più evidenti che nell'antica. I metodi sono i seguenti:

1) *Diluizione con citrato di sodio al* 3 %. — La soluzione di citrato di sodio deve prepararsi al momento dell'esame. Si prende il sangue con puntura del dito, aspirando con la pipetta delle emazie fino alla divisione 0,5 e si diluisce con la soluzione di citrato di sodio fino a 101, cioè si fa la diluizione all'1 per 200. Si colloca una goccia nella camera di conteggio e si aspetta per quindici minuti, dopo i quali si conta il numero di piastrine contenute in 80 piccoli quadratini, ossia 5 quadrati grandi. Il numero trovato si moltiplica per 10.000.

2) *Diluizione con soluzione al 3 % di citrato di sodio, con l'aggiunta di brillantkresylblau (2-3 granuli di brillantkresylblau per ogni 10 cmc. di soluzione).*

La tecnica è uguale a quella del metodo precedente, l'azzurro si usa solamente per rendere le piastrine più evidenti.

3) *Metodo di Spilz.* — Si prende il sangue con puntura del dito con la pipetta dei leucociti aspirando fino alla divisione 0,5 e si diluisce poi con la soluzione di citrato di sodio al 3 % fino alla divisione 11. Il contenuto della pipetta si versa in una provetta e si ripete l'operazione. Si attende 1/2-1 ora fino a che il liquido si separi in 2 cappe, una inferiore contenente le emazie e i leucociti, e l'altra superiore, nella quale si trovano le piastrine. Del liquido soprastante, sempre usando la pipetta dei leucociti, si prende fino alla divisione 0,5 e si diluisce nel citrato di sodio al 3 % fino alla divisione 11, formando così una diluzione al 20 %. Il conteggio si fa nella camera di Neubauer per le emazie, moltiplicando però per 20 anzichè per 200.

4) *Metodo di Thomson-Gram.* — Si mette in una provetta un decimo di cmc. di soluzione di citrato di sodio al 3 %. Dalla vena del braccio si aspira con una siringa un cmc. di sangue e si versa nella provetta, la quale è lasciata in riposo per 3/4 d'ora, fino a che cioè il suo contenuto si sia separato in due cappe: una chiara superiore, che contiene le piastrine e una rossa inferiore, nella quale sono le emazie e gli altri elementi del sangue. Con la pipetta dei leucociti, si aspira dal liquido soprastante fino alla divisione 0,5 e si diluisce all'1 per 20 con soluzione di citrato di sodio al 3 %. La conta si effettua nella camera di conteggio dei globuli rossi, contando le piastrine contenute in 80 piccoli quadratini ed il totale si moltiplica per 5, per 10 e per 20. Il risultato si divide per 2 ed il quoziente indicherà il numero delle emazie per millimetro cubico.

5) *Soluzione di urea al* 10 %. — Si prepara una soluzione al 10 % di urea chimicamente pura in acqua distillata. Usando la pipetta dei leucociti si fa una diluizione del sangue all'1 per 20 e si procede per il conteggio come nei metodi precedenti, tenendo conto che la moltiplicazione finale va fatta per 20 e non per 200.

L'A. conclude che il conteggio delle piastrine mediante la soluzione di citrato di sodio ha il vantaggio di poter essere effettuato contemporaneamente al conteggio dei globuli rossi. Il metodo di Thomson-Gram è certamente il più esat-

to, solo presenta l'inconveniente di richiedere un'ora di tempo per eseguire il conteggio.

A. POZZI.

Il bleu di metilene come rinforzatore di preparati colorati con May-Giemsa ed altre tecniche analoghe.

Non è raro, osserva J. Sabrazès (*Arch. des maladies du coeur etc.*, agosto 1927), che degli strisci su portaoggetti, colorati con vari metodi: triacido, eosina-bleu di metilene, Jenner, Giemsa, Tribondau, ecc., abbiano fissato, per ragioni diverse, piuttosto il rosso che il bleu o viceversa. Allora i nuclei appaiono pallidi appena bluastri o violacei, oppure colorati in maniera diffusa e troppo scuri, cosicchè con facilità si va incontro ad errori di interpretazione. Col metodo di May-Giemsa succede spesso che la colorazione riesca non bene e che le granulazioni azzurrofile o le sfumature di basofilia del citoplasma restino nascoste.

A riparare a tali inconvenienti l'A. ha proposto fin dal 1910 di mettere fra portaoggetti e vetrino una goccia di soluzione di bleu di metilene al-l'1/500. Questa aggiunta di bleu permette senza esitazione di veder bene i leucociti e i loro nuclei, rende più facile la ricerca dei parassiti, per esempio i plasmodi della malaria.

Tale metodo può servire ancor meglio a ravvivare i vecchi preparati su vetro portaoggetti, non montati in balsamo, che si sono scolorati. Si prende per mezzo di una sottile pipetta una gocciolina di soluzione di bleu di metilene e la si pone sopra un vetrino che poi si capovolge nel porta oggetti ove è lo striscio. In pochi istanti vengono ravvivate le parti basofile degli elementi cellulari, mentre sono rispettate le parti acidofile e neutrofile. Questo sistema è applicabile agli strisci di sangue, ai frammentini schiacciati di organi ematopoietici, agli essudati, ecc., in precedenza colorati col May-Giemsa oppure col Leishman, Wright, Tribondeau, ecc., sia recenti e mal riusciti, sia antichi e perciò scolorati.

VICENTINI.

Osservazioni ematologiche sul tifo addominale.

La presenza di leucopenia durante una infezione febbrile, è un dato di non scarsa importanza per la diagnosi di febbre tifoide.

Il Fontana (*Minerva Med.*, n. 32, 1927) riporta il reperto ematologico di 43 casi di tifo addominale da cui emerge che qualche raro caso, senza complicanze, si presentò con netta leucocitosi al-l'inizio dell'infezione; durante il corso della malattia, i leucociti tendevano a diminuire, per diventar normali verso la fine dell'infezione.

I casi di tifo con leucocitosi normale invece non sono punto rari.

La diminuzione e la scomparsa degli eosinofili è quasi costante in tale infezione; questo fatto però non ha un gran valore, perchè è comune ad altre infezioni.

Nel tifo, con prelevamento del sangue dal polpastrello, si sono riscontrati frequentemente istiociti a tipo linfocitoide nel preparato. Questo reperto, comune ad altre malattie, come per es. alla tbc. miliare, indica la partecipazione dei vasi periferici all'infezione, e la reazione cellulare al-l'azione tossica del virus.

Una notevole leucopenia con neutrofilia e linfopenia, durante il corso d'una infezione acuta, quando si può escludere un tifo addominale con gravi complicanze settiche diffuse, depone piuttosto per una diagnosi di tbc. miliare.

CARUSI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. G. C. da S.:

La terapia del diabete insipido brancola nel buio. Si potrà tentare di trattare le eventuali supposte cause (sifilide, malattie cerebrali). Si consiglia di diminuire la quantità delle bevande e di somministrare bevande acide. Minkowski prescrive dei periodi di dieta ipoclorurata e scarsa di albumina. Sono altresì consigliati dei preparati opoterapici (endoipofisina, endopituitrina).

Per il siero antivelenoso Calmette, si rivolga all'Istituto Pasteur di Parigi.

fil.

Al dott. L. C., Nd., Abbon. n. 13740:

Consulti: C. STRELETSKI. *Graphologie du praticien*, Doin ed. 1927. JOIRE P. *Traité de graphologie scientifique*, Vigot frères, Paris. SABATINI. *Quel che dice la scrittura*. Oberosler ed. Bologna.

fil.

VARIA.

Thomas Young.

È stata più volte segnalata la straordinaria versatilità e la rara genialità di questo medico, il quale ha lasciato orme incancellabili in molti campi del sapere: la fisica gli deve la scoperta dell'interferenza luminosa, la teoria ondulatoria della luce, la teoria della visione cromatica, lo studio della coesione dei liquidi e dei fenomeni di capillarità; l'egittologia gli deve il deciframento della stele di Rosetta; la scienza finanziaria le tavole di mortalità e l'ideazione delle assicurazioni sulla vita; egli ha compiuto studi pregevoli sulle costruzioni navali, sull'idraulica, sulla musica. Ha introdotto in fisica il termine di

«energia». Nel campo medico vanno ricordati i suoi studi sul cuore e sulle arterie. Lo Young apparteneva alla setta dei quaccheri, che è stata feconda di uomini di valore, tra cui, in medicina, sono da ricordare Hodgkin, Hutchinson, Fothergill, Dimsdale, ecc. Era un quacchero o puritano anche Dalton, l'autore della teoria atomica.

(Dal *Journ. A. M. A.*, 7 aprile 1928).

Il Pantheon dei cervelli in Russia.

Si ha da Leningrado: Quando, l'anno scorso, il noto medico russo prof. Vladimiro Bechtereff espose la proposta di fondare un istituto per indagini sulla costituzione del cervello, il cosiddetto *Pantheon dei cervelli*, egli probabilmente non sognava nemmeno che il suo stesso cervello sarebbe stato uno dei primi, conservati e studiati nell'istituto.

Ad ogni modo, il prof. Bechtereff, morto parecchi mesi addietro, donò espressamente il proprio cervello alla scienza, a scopo di studio.

Si è già formata una commissione di cinque valenti scienziati russi che si dedicheranno esclusivamente allo studio del cervello del defunto collega.

Si dice che anche un certo numero di specialisti tedeschi sarebbero invitati a partecipare alle ricerche. La commissione spera di poter penetrare il segreto delle eccezionali capacità scientifiche del prof. Bechtereff, rintracciandolo nella struttura e nella forma delle circonvoluzioni cerebrali.

Una delle singolari virtù del Bechtereff era l'ipnosi collettiva. Per mezzo dell'infuenza ipnotica egli avrebbe guarito simultaneamente un intero gruppo di infermi.

Com'è noto, anche il cervello di Lenin è oggetto di diligentissime ricerche, che si svolgono a Mosca, ad opera di uno stato maggiore di medici specialisti, sotto la direzione del prof. Vogt di Berlino.

Come nell'Egitto antico si utilizzavano i condannati a morte.

Dalle ricerche fatte da alcuni studiosi di medicina in Germania risulta che nell'Egitto antico esisteva l'usanza di concedere ai condannati a morte la scelta tra il sottomettersi all'esecuzione o il mettersi a disposizione dell'Università di Alessandria per gli esperimenti scientifici. Se i condannati sopravvivevano a questi esperimenti essi acquistavano il perdono e la libertà.

Si crede che l'antica scuola di medicina in Egitto debba appunto a questa usanza le sue grandi cognizioni anatomiche e fisiologiche, pervenute poi pel tramite degli arabi in Europa.

(Dalla *Riv. San. Sicil.*).

Su alcune osservazioni «de odoratu deperdito» nel seicento.

L. Rugani (*Rass. di Clin. terap. e scienze affini*, fasc. V, 1927) si intrattiene sul tema delle anosmie, le quali in questi ultimi tempi hanno attirato l'attenzione degli specialisti, e riporta alcune osservazioni fatte nel '600, e che dopo tanto tempo appaiono di non scarso interesse.

Francus de Frankenau fin dal 1696 riconosce l'importanza che ha l'olfatto per le relazioni fra gli animali, e l'effetto nocivo che alcuni odori penetranti possono provocare. Ricorda come una donna in seguito a parto perdette l'odorato, e come un uomo ne fosse privo dopo un'affezione nasale.

Come causa di anosmia ricorda l'ozena, la corizza e il fiuto di polvere da starnuto.

Dalle osservazioni si rileva come fin da allora si ritenessero cause etiologiche dell'anosmia i traumi, le intossicazioni, le malattie infettive, l'ozena.

Grundel riferisce casi in cui l'anosmia fu vinta con l'aspirazione di sali ammoniacali, i quali riuscirono a rimuovere la « densa viscosità » delle narici e a ridonare la pervietà alle vie nasali.

Ludovicus Hannemanni sull'esempio di de Frankenau, riporta la storia d'un prelato, affetto da anosmia. Egli ritiene causa di tale disturbo la chiusura dell'osso cribriforme, o la *obduzione phlegmate* dei processi mammillari, essendo l'osso cribriforme la sede principale dell'olfatto.

CARUSI.

La funzione della ghiandola tiroide e un verso del Foscolo.

Nella seduta di chiusura dell'ultimo Congresso di medicina si sono avute varie comunicazioni, tra cui una particolarmente notevole del Pende, di Genova, su alcuni sintomi da lui riscontrati nei casi di eccessiva funzione della ghiandola tiroide. Uno di questi consiste nel cosidetto *tachipsichismo*, cioè in una rapidità anormale del ritmo delle attività psichiche, che il Foscolo d'altronde ha già descritto in un verso del sonetto dell'« Autoritratto »: « *ratti i passi, i pensier, gli atti, gli accenti* ». Un altro segno consiste nel caso a lama di coltello; già si sa che la tiroide versa nel sangue delle sostanze che favoriscono lo sviluppo in lunghezza, e non già in larghezza, delle varie parti del corpo. Il Pende ha riferito anche su esperimenti da lui fatti di innesti di ghiandole diverse col metodo del Woronoff ed allo stesso scopo, cioè con innesti anche di ghiandola tiroide e di ghiandola pituitaria; ma l'operazione risale ad un tempo troppo breve perchè se ne possano già vedere gli effetti. (Dalla *Riv. Sanit. Sicil.*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGNONE (*Campobasso*). — Scad. 10 lug.; L. 5000 (*sic*) e 3 quinquenni dec.; età lim. 21-39 a.; tassa L. 50.10.

ALGHERO (*Sassari*). — Scad. 15 lug.; L. 8500 e 4 quadrienni dec., addizion. L. 5 oltre i 1000 pov., c.-v., età lim. 45 a.

ASCOLI PICENO. — 1ª cond. urbana; scad. 10 ag.; tassa L. 50.15; doc. a 3 mesi dal 20 giu.; età lim. 35 a.; stip. L. 7500 oltre L. 500 indenn. laurea, L. 1000 indenn. forese; 10 bienni ventes.; indennità addizion. oltre il 25 % della popolaz.

BARI. *R. Prefettura.* — Uff. san. del Consorzio obbligatorio Alberobello-Locorotondo; abitanti 17.612, superf. Ha. 8781; L. 15.000 e 4 quadrienni decimo, divieto libero esercizio tranne consulenze; titoli ed esami; età limite 45 a. Scadenza ore 12 del 5 ag.

BARREA (*Aquila*). — Proroga 15 lug.

CATANIA. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari per Acicastello, San Cono, a L. 5000 ciasc.; Belpasso, Misterbianco, Ramana, a L. 7000 ciasc.; Paternò, a L. 10.000, 4 quinq. dec.; scad. 15 lug.; titoli ed esami.

CUCCARO (*Alessandria*). — Scad. 10 lug.; L. 7000 (*sic*) oltre L. 500 uff. san.

ELSANF (*Istria*). — Scad. 15 lug.; L. 8500 e 4 quadrienni dec.; riconoscim. servizi precedenti; L. 2000 obbligo mezzo trasp.; c.-v.; L. 1000 aumentabili se uff. san.; tassa L. 50.15.

FRASSO SABINO (*Rieti*). — Scad. 9 lug.; con Poggio S. Lorenzo; L. 10.200 e 5 quadrienni dec., oltre L. 800 uff. san., L. 300 indenn. consortile; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Aiuto medico; L. 7050 e c.-v.; età lim. 35 a.; 4 anni di laurea e 2 di professione lodevole presso pubblico Ente; chiedere annunzio. Tassa L. 50. Doc. poster. al 25 mag. (*sic*). Serv. entro 15 gg. (*sic*).

LA SPEZIA. *Amministraz. Provinc.* — Due posti nel Laborat. Provinc. d'Igiene e Profilassi; scad. 15 lug.; v. fasc. 22.

MODENA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e capo dell'Ufficio d'igiene del Comune di Carpi; al 31 lug. ore 18; titoli ed esami; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 25 mag.; tassa L. 50.20.

MODICA (*Ragusa*). — Scad. 15 lug.; L. 11.000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 1000 indenn. di capo dell'ufficio d'igiene municipale, con espresso divieto di esercizio professionale.

NUORO. *Ammin. Provinc.* — Direttore ed assistente della Sez. Med.-Micrograf. dei Laboratori Provinc. d'Igiene e Profilassi. Proroga 15 lug.

OZZANO MONFERRATO (*Alessandria*). — Con Treville. Scad. 15 lug.; L. 7000 (*sic*) e 4 quinquenni dec.; trasp. L. 2000; uff. san. L. 800.

PALERMO. *Consorzio Antitubercolare della Provincia.* — Direttore sanitario; v. fasc. 23; scad. ore 18 del 10 lug.

PAMPARATO (*Cuneo*). — A tutto 15 lug.; v. fascicolo 23.

PARODI LIGURE (*Alessandria*). — Scad. 15 lug.; 1ª cond.; L. 7000 e 4 quinq.; trasp.; uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.80.

PRATO IN TOSCANA (*Firenze*). *Spedale della Misericordia e Dolce.* — Chirurgo primario; lire 12.000 e c.-v.; 70 % tasse d'ammissione e 50 % tasse d'operaz. Scad. ore 18 del 10 lug. Laurea da alm. 5 anni; lib. doc. in patol. o in clin. chir.; età lim. 45 a.; tassa L. 50; chied. annunzio

PREMOSALLO (*Novara*). — Scad. 16 lug.; L. 8000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san., lire 1000 indenn. alloggio; età lim. 45 a.; tassa lire 50.15.

PORTOBUFFOLÈ (*Treviso*). — A tutto 31 lug. pel consorzio con Ghirano di Prata; stip. ed assegni L. 13.000, più c.-v. Ab. 2500. Pianura. Tassa L. 50.10.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — 23 assistenti med.-chir.; esami; scad. ore 16 del 10 lug.; L. 4500 (*sic*) e c.-v. Rivolgersi alla Segreteria Generale. Tassa L. 50. Età lim. 30 a. Doc. a 3 mesi dal 6 giu.

RONCIGLIONE (*Viterbo*). — Al 10 lug. ore 19, condotta chirurgica ed ostetrica; età lim. 45 a.; certif. condotta politica; tassa L. 50.10; doc. a 3 mesi dal 1° giu.; stip. L. 10.500 e 5 quadr. dec., c.-v.

ROVIGO. — 3ª cond. rurale; L. 8000 e 5 quadrienni dec. per 1000 pov., addizion. L. 5, trasp. L. 1000-1500-3000; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15; scad. 7 lug.

SALERNO. *Amministr. Provinc.* — Coadiutore ed assistente presso la Sez. med.-micrograf. del Laboratorio Prov. d'Igiene e Profilassi; L. 11.500 e L. 9500, aumentabili a L. 15.700 e L. 13.700, oltre supplem. serv. att. in L. 2800 e L. 2100; c.-v.; età lim. 35 a.; scad. 8 ag. Rivolgersi Segreteria. Titoli ed esami.

SALSOMAGGIORE (*Parma*). — 3ª condotta; proroga al 31 lug., ore 18.

S. PIETRO APOSTOLO (*Catanzaro*). — Scad. 31 lug.; L. 7500 e 5 quadrienni dec.; tassa L. 50.15.

SAVONA. *Amministr. Provinc.* — Direttore Sez. Medico-Micrograf. Laborat. Provinc. d'Igiene e Profil.; L. 15.000 oltre L. 2800 serv. att.; età lim. 45 a.; tassa L. 50. Scad. ore 18 del 15 sett. — Aiutante preparatore; L. 7000 e L. 1000; età lim. 35 a.; tassa L. 25.05. Per i due posti 5 trienni dec., c.-v.

SELLANO (*Perugia*). — Scad. 9 lug.; L. 9000 e 3 quinq. dec., oltre L. 600 serv. att. e c.-v.; lire 4000 cavalc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

TRENTO. — Scad. 14 lug.; condotta per Meano; L. 8500 oltre L. 850 uff. san., L. 2200 alloggio, c.-v.

TREVISO. *Deputazione Provinciale*. — Proroga al 15 lug. V. fasc. 22.

TRIPOLI. — Direttore Dispensario Antitubercolare; scad. 15 lug.; v. fasc. 23.

VALLERMOSA (*Cagliari*). — Scad. 15 lug.; lire 8000 oltre L. 500 uff. san. e c.-v.

VENEZIA. — Al 10 lug. assistente del Laborat. micrograf.; medico per la profilassi. Rivolgersi alla Segreteria dell'Ufficio d'Igiene.

VENEZIA. *Ospedale Civile*. — Aiuto nella Divisione Chirurgica 1ª ortopedia e infanzia; scad. 14 lug. Chied. annunzio.

CONCORSI A PREMI.

Premio De Amicis.

La Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia bandisce un concorso al « Premio Tommaso De Amicis » per l'anno 1929. Il premio, di L. 2000, non divisibile, sarà assegnato all'autore del migliore lavoro a giudizio della Commissione esaminatrice, sopra un tema a scelta del concorrente che rifletta un argomento della specialità dermosifilopatica. I concorrenti dovranno essere di nazionalità italiana. Le memorie, copiate a macchina o stampate, dovranno essere inedite. Modalità consuete. Per il programma e per chiarimenti rivolgersi al segretario della Società, dott. Vincenzo Montesano, piazza Campo Marzio, 3, Roma (120). Scad. 30 giugno 1929.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. W. E. Ritchie è nominato titolare di clinica medica a Edimburgo.

Alla cattedra di clinica chirurgica dell'Accademia Medica di Düsseldorf è stato chiamato da Gratz il prof. H. von Haberer.

Il dott. Alfred C. Reed è nominato professore di medicina tropicale all'Università di California.

Alla cattedra di anatomia patologica di Gottinga è chiamato da Innsbruck il prof. G. B. Gruber.

Presso la Facoltà Medica di Parigi sono state create le nuove cattedre di idrologia e di tisiologia; la prima è stata affidata al prof. Villaret; la seconda al prof. Léon Bernard, il quale ha lasciato la cattedra d'igiene per occupare quella di nuova istituzione.

Il Governo francese ha conferito le insegne di ufficiale della Legion d'Onore alla signora Homer Gage, di nazionalità americana, la quale per molti anni si è generosamente consacrata ad opere assistenziali ed ha concorso a fondare la « Maison américaine » nella Città Universitaria di Parigi.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Torino.

Commiato dall'insegnamento del Prof. Piero Giacosa.

Giovedì sette giugno hanno avuto luogo nell'aula dell'Istituto di Farmacologia e Materia Medica le onoranze tributate all'illustre prof. Piero Giacosa titolare della Cattedra di Materia Medica che lascia l'insegnamento avendo raggiunto i limiti di età. La cerimonia ebbe un carattere molto elevato e commovente. Parlarono il prof. Pochettino rettore dell'Università, il prof. Maggiora preside della Facoltà di Medicina, il sen. Ruffini per l'Accademia delle Scienze, il prof. Fano, il prof. Mattirolo per la scuola di Farmacia, il prof. Dionisio per l'Accademia di Medicina, il prof. Chiò dell'Università di Sassari per gli antichi allievi. Da ultimo parlò il prof. Battistini Presidente del Comitato e allievo del Maestro che ricordò con animo devoto i varii aspetti della multiforme attività del Maestro nel campo delle ricerche scientifiche, dei problemi dell'insegnamento, nel campo della storia della Medicina e nelle più svariate questioni letterarie e artistiche, ovunque portando il contributo della sua mente superiore e del suo animo elevatissimo. Il Comitato ha disposto che un busto in marmo ricordi nell'aula il Maestro ed ha curato l'edizione di una raccolta di lavori di allievi che ha offerto in omaggio.

Il prof. Giacosa ha risposto parlando del suo commiato con un felicissimo discorso. Il suo vivido ingegno e la consueta facondia non si smentirono in questa occasione ed anzi acquistarono una maggior luce nella grandezza del momento. Si disse contento di questa lunga vacanza che gli toccava che gli pareva giusta perchè le fatiche dell'insegnamento cominciavano un po' a pesargli fisicamente: la sua vita spirituale non avrebbe mutato per questo. Ricordò con vivi episodi com'era sorta e s'era maturata in lui la passione dell'insegnamento. Come poi aveva avuto l'onore di continuare l'opera di Giovanni Mosso nel rinnovamento della farmacologia ch'era entrata nel grande indirizzo sperimentale; come aveva cercato di stringere i legami tra farmacologia e clinica da un lato e farmacologia e chimica dall'altro. Chiuse con elevate parole inneggiando ai valori spirituali della vita.

Commemorazione del Prof. Gavello.

Alla R. Accademia di Medicina il socio prof. Bobbio ha pronunciato il discorso ufficiale di commemorazione del socio prof. Gavello ordinario della Cattedra di Otorinolaringoiatria scomparso da ormai più di un anno. L'oratore passò in rassegna la vastissima opera scientifica del Maestro che toccò svariatissimi argomenti della specialità ai quali il nome del Gavello resterà legato. Ne rievocò poi la figura simpatica d'insegnante, di professionista e di uomo, viva ancora in tutti, la instancabile attività, la grande generosità e lo additò ad esempio ai giovani ed alla classe medica tutta.

CIPRIANI.

Da Padova.

Venne pubblicato il XXII volume delle ricerche sperimentali eseguite durante l'anno scolastico 1927-1928 nell'Istituto di Farmacologia di questa Università diretto dal prof. Sabbatani. Esso comprende una serie di 28 lavori, fra i quali alcuni di Sabbatani e di Spagnol che continuano le interessanti ricerche già da tempo intraprese sulla fissazione di colloidi nell'organismo per mezzo di fattori chimici. Di Sabbatani vi sono anche ricerche sui permanganati, e studi storici sulla vita scientifica di Luca Ghini.

Scremin ha ricerche sulle variazioni di equilibrio ionico come fattori dell'azione farmacologica, sull'azione dei cationi alcalini con le sostanze convulsivanti, e sul sinergismo. Rabbeno ha una serie di ricerche sull'azione farmaceutica dei saponi, Messini vi pubblica studi sui mezzi di sospensione del calomelano nella pratica delle iniezioni e sull'influenza della temperatura circa l'azione del solfato ferroso sui globuli rossi. Vengono poi ricerche di Stella sull'azione dei carbonati e fosfati di calcio nelle ossa e nel sangue, e di Testoni circa l'azione della lobelina sul cuore di rana isolato.

*
* *

Con grande solennità fu inaugurata la nuova Aula di Clinica Medica costrutta sotto gli auspici del prof. Frugoni, direttore della Clinica stessa. Alla cerimonia sono intervenuti il Magnifico Rettore prof. Soler, il corpo accademico, le autorità civili, scientifiche e militari di Padova nonchè una folla di studenti.

Dopo brevi parole del Rettore, il Preside della Facoltà medica prof. Casagrandi rievoca la memoria dei due ultimi Clinici che furono lustro dell'Ateneo padovano, Achille De Giovanni e Luigi Lucatello dei quali il ricordo bronzeo è posto nella nuova aula dove il loro spirito sarà ognora presente. La grande eredità scientifica da essi lasciata è raccolta e continuata da Cesare Frugoni che fonde in sè le doti di passione, di sapere, di fede, di bontà.

Dopo queste parole del prof. Casagrandi, parla vivamente commosso il prof. Frugoni. Egli ricorda le glorie della Clinica Medica padovana dove Achille De Giovanni, fra la quasi generale incomprensione, bandì e sviluppò il concetto costituzionalista nel quale hanno ora profonde radici le moderne indagini della scienza; ricorda l'opera di Luigi Lucatello, del cui pensiero clinico restano pregevolissimi volumi, ed al cui spirito ordinatore è dovuta la rinascita edilizia dell'Ateneo.

Il prof. Frugoni guida poi gli intervenuti a visitare i nuovi reparti da lui aperti od ampliati nella Clinica (laboratori di sierobatteriologia e di chimica, biblioteca, ambulatori) ed a cerimonia ultimata vien fatto segno ad una improvvisa e calda dimostrazione con la quale gli studenti in uno slancio spontaneo d'affetto dimostrano i vincoli che li legano al Maestro.

P. L. F.

NOTIZIE DIVERSE.

Per la lotta antitubercolare.

Il Capo del Governo, oltre all'avere dato all'Italia colla legge per l'assicurazione antitubercolare obbligatoria il primo posto nella lotta mondiale contro la peste bianca, ha portato la sua vigile attenzione anche sulla realizzazione di immediate soluzioni che precedano ed integrino le grandiose applicazioni del regio decreto 27 ottobre 1927.

Egli ha particolarmente considerato le condizioni dei lavoratori della Sardegna, e specie dei minatori e dei pastori tra i quali sono più frequenti i casi di tubercolosi, mentre manca nell'isola una vera e propria assistenza sanatoriale. Ha altresì considerato con amorosa sollecitudine la condizione degli impiegati ed impiegate che non potranno essere assistiti dalla assicurazione obbligatoria.

Volendo provvedere subito ad una parte almeno di questi infelici, il Capo del Governo, nella sua qualità di Ministro per le Corporazioni, ha destinato a costruzione di organismi sanatoriali, non solo la quota parte prestabilita dei contributi sindacali di cui all'art. 18 del regio decreto 1° luglio 1926, ammontante a circa due milioni e seicentomila lire, ma anche un contributo straordinario sulla eccedenza del fondo speciale delle corporazioni per la somma di tre milioni, con lo stesso criterio di elargizione eccezionale seguito per le quattro Opere nazionali.

Un fondo complessivo di L. 5.600.000 è stato così costituito e l'on. Mussolini ha disposto che esso venga concesso alla Croce Rossa Italiana coll'obbligo di destinarlo integralmente:

a) alla costruzione di un Sanatorio interprovinciale per la Sardegna, da edificarsi in provincia di Nuoro, con una sezione maschile ed una sezione femminile di ottanta letti ciascuna;

b) all'ampliamento del Sanatorio « Cesare Battisti » esistente in Roma sulla via Portuense, nel senso di aumentare di quaranta letti l'attuale reparto maschile, e di costituire un nuovo reparto di 40 letti per donne e giovanette. Questi due padiglioni dovranno essere particolarmente riservati con rette di favore ai lavoratori d'ambo i sessi (e specialmente della classe impiegatizia) che, come si è detto, non possano beneficiare del regio decreto 27 ottobre 1927.

Le gestioni di questi Sanatori saranno controllate dal Ministero delle Corporazioni, sia ai fini della determinazione delle diarie, sia ai fni del rispetto di tutte le clausole regolanti la ingente elargizione.

Per volontà del Duce, i contributi che datori di lavoro e lavoratori versano al Ministero delle Corporazioni, tornano così ai lavoratori in tutte le forme più degne e più utili di assistenza morale e materiale; degnissima ed utilissima quella odierna, che metterà presto in condizione di recupero vite preziose per le famiglie e per il Paese.

È intendimento del Duce che i progetti elaborati dalla C. R. I. sotto il controllo del Ministero

dell'Interno, siano subito completati ed i lavori iniziali e condotti a termine con sollecitudine fascista.

La costituzione di una Federazione dei consorzi antitubercolari.

In un convegno dei Consorzi antitubercolari, svoltosi recentemente a Firenze, venne decisa la costituzione di una Federazione dei Consorzi in seno alla Confederazione generali Enti autarchici.

Si è riunito in Roma per la prima volta il Comitato direttivo della Federazione presieduto dal gr. uff. Sileno Fabbri e con l'intervento del gr. uff. Badiani per il Consorzio di Firenze, dei Direttorii dei Consorzi di Modena e Milano, del generale Baduel per la Croce Rossa Italiana e del prof. D'Ormea per l'Opera nazionale maternità e infanzia. Aveva aderito la Cassa Nazionale Assicurazioni Sociali.

Il Comitato, dopo aver adottato deliberazioni di massima circa il funzionamento della Federazione, ha preso in esame varî importanti problemi inerenti all'opera da svolgersi dai Consorzi con riferimento, fra l'altro, alla reale entità dei mezzi a loro disposizione per l'accertamento e la cura dei malati e in riflesso, altresì, ai mezzi a disposizione della Croce Rossa Italiana.

Il Comitato ha espresso la fiducia che la lotta contro la tubercolosi, voluta ed attuata dal Governo fascista, abbia presto a raggiungere i suoi obbiettivi, secondo le direttive impartite dagli organi governativi e con una effettiva unità di intenti da parte di tutti coloro, Enti o persone, che svolgono opera antitubercolare.

La difesa dei lavoratori dalla tubercolosi.

Al recente Congresso nazionale degli industriali l'on. Benni ha rilevato che fra pochi giorni andrà in vigore la nuova legge per l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi: provvedimento voluto dal Governo per far fronte ad un flagello che colpisce specialmente i lavoratori. Per integrarne l'efficacia, sorgerà in Roma l'Istituto per la terapia polmonare per cui la Confederazione stanzia, secondo la deliberazione presa, un fondo di tre milioni; l'organizzazione dell'Istituto sarà affidata all'on. G. Morelli. Il Consiglio ha espresso il voto che il Capo del Governo, iniziatore della crociata per la salvezza della razza, gli conceda l'onore di intitolare il nuovo istituto al nome di Benito Mussolini.

L'Opera Nazionale Dopolavoro per l'igiene dei lavoratori.

L'Opera Nazionale Dopolavoro per la propaganda igienica fra i lavoratori ha formulato un completo programma che dovrà essere attuato da tutti i Dopolavoro provinciali di zona e locali, con mezzi diversi, secondo l'opportunità e la possibilità.

Fra i mezzi più efficaci vanno ricordati: conferenze, accompagnate sempre da proiezioni cinematografiche; conversazioni scientifiche familiari nelle sale di ritrovo del Dopolavoro tenute da medici, ufficiali sanitari ed altre persone competenti; articoli di propaganda igienica; cartelli affissi tanto nei locali del Dopolavoro, quanto nelle officine e negli uffici, atti a richiamare l'attenzione dei lavoratori sulle più importanti norme di profilassi igienica da osservare; uffici di informazioni e consultazioni.

Per la cooperazione intellettuale internazionale.

Dietro invito dell'Istituto internazionale di Cooperazione intellettuale, si sono riuniti il 17 e il 18 aprile a Ginevra i Direttori degli Uffici universitari nazionali, per tener la loro terza Sessione annuale. Questi Uffici hanno l'incarico di regolare le relazioni delle Università di ciascun paese con l'estero.

I Delegati degli Uffici nazionali hanno discusso varie questioni e specialmente: i movimenti dei professori e di studenti fra i vari paesi, le difficoltà (differenze di lingue, il caro vita, il deprezzamento del denaro) che ostacolano gli scambi internazionali di professori e di studenti. Hanno trattato anche il problema delle equivalenze dei diplomi e quello dei corsi speciali per gli stranieri, corsi sempre più numerosi e sempre più seguiti. Da ultimo hanno studiato le misure atte a facilitare gli spostamenti ed i soggiorni degli studenti, come pure le condizioni nelle quali questi vengono posti per ritrarre il maggior profitto dai loro viaggi. La protezione dei diplomi universitari e la pubblicazione degli argomenti dei lavori compiuti negli Istituti universitari sono state oggetto di uno scambio di vedute molto serrato.

Questi scambi di vedute costituiscono il lavoro preparatorio per aprire una via agli accordi internazionali, ai quali l'Istituto internazionale stesso collabora, conducendo da parte sua svariate indagini. In particolare, in questo momento studia, dietro richiesta dell'« American Council on Education », l'organizzazione delle borse di studio per stranieri in Europa.

Il numero dei paesi rappresentati alla riunione di quest'anno all'Istituto internazionale è aumentato ancora. Erano rappresentati: il Belgio, la Danimarca, la Francia, la Germania, la Grecia, l'Italia, l'Olanda, la Polonia, la Rumania, gli Stati Uniti, la Svizzera, l'Ungheria.

La Commissione dell'oppio della Società delle Nazioni.

La Commissione dell'oppio ha tenuto a Ginevra, dal 12 al 27 aprile, la sua undecima sessione, sotto la presidenza del dott. Carrière, direttore dell'Ufficio Federale Svizzero dell'Igiene pubblica.

Durante questa sessione, la Commissione ha discusso tutte le questioni contenute nel suo ordine del giorno, ed in particolare: lo stato delle ratifiche della Convenzione di Ginevra del 1925, il

rapporto del Segretariato sulla situazione generale, i rapporti annuali presentati dai Governi, la situazione nell'Estremo Oriente, il problema del traffico illecito, le relazioni della Commissione con il Comitato centrale previsto dalla Convenzione di Ginevra, le proposte del Sig. Cavazzoni relative al controllo del traffico degli stupefacenti, la riserva svedese sull'articolo 6 della Convenzione di Ginevra, ecc.

All'Accademia Lancisiana di Roma.

Il 14 giugno, con numeroso concorso di soci ebbe luogo la quinta seduta ordinaria dell'Accademia Lancisiana.

Il presidente prof. Fioretti, aperta la Seduta, dopo parere favorevole dell'Assemblea, diede la parola al prof. Oreste Margarucci, il quale riferì sopra: « Un caso di tumore primitivo della parete toracica » con presentazione del malato.

Quindi si iniziò l'esposizione delle comunicazioni dell'Ordine del Giorno: prof. P. Ciuffini: « Polinevrite infettiva con anasarca »; prof. S. Attily: « Raro reperto in un esame radiologico del tubo digerente »; dott. U. Cassinis: « L'indice di refrazione del siero e la velocità di sedimentazione delle emazie nel lavoro muscolare »; prof. G. Mendes: « Alcune osservazioni sulla cura della tubercolosi polmonare mediante la resezione del nervo frenico »; prof. A. Piperno: « Artrite della spalla e del ginocchio da focolaio settico peridentale ».

La comunicazione: « Intorno ad alcuni casi di rottura spontanea dell'utero in travaglio », del dott. E. Fronticelli, assente per ragioni professionali, è rinviata alla prossima seduta scientifica.

Congresso argentino di chirurgia.

Dal 12 al 15 novembre è indetto a Buenos Aires il 1º Congresso nazionale di chirurgia; vi saranno annessi una Mostra e una sala per le dimostrazioni cinematografiche degli interventi chirurgici. Il Comitato organizzatore è presieduto del dott. Armando Marotta; i dottori Alejandro Ceballos, Manuel Ruiz Moreno, Rodolfo Pasman e Ange Gallo ne sono segretari.

La segreteria funziona ne ilocali della « Asociación Médica Argentina », Santa Fe 1171, Buenos Aires.

Congresso internazionale d'igiene mentale.

È indetto a Washington per l'aprile 1929.

La « Società tedesca d'igiene psichica » ha incaricato i proff. Sommer (Giessen), Weygandt (Amburgo) e Roemer (Karlsruhe) di raccogliere materiale e di rappresentare la Germania in questo certame scientifico.

Società Italiana per lo studio del reumatismo.

A Milano si è costituita una Sezione Italiana della Società internazionale per lo studio del reumatismo: promotore ne è stato il prof. Luigi Devoto, direttore della Clinica del Lavoro.

Scuola superiore di malariologia.

La Prima Lezione dei corsi della Scuole Superiore di Malariologia avrà luogo il 2 luglio del corrente anno nel R. Istituto di Igiene in Roma, via Palermo n. 58, alle ore 8, sull'« Epidemiologia della Malaria » (on. prof. Sanarelli).

Sono tenuti ad intervenire tutti gli allievi iscritti sia alla Sezione Medica, sia alla Sezione Tecnico-Economica.

Per informazioni, iscrizioni ed orarî rivolgersi alla Segreteria della Scuola, R. Istituto di Clinica Medica (Policlinico Umberto I).

Corsi internazionali di perfezionamento medico a Berlino.

Avranno luogo col concorso della Facoltà medica e dell'Associazione dei docenti, alcuni corsi di carattere permanente e cioè: *a*) della durata di 2 a 4 settimane; *b*) posti d'uditori nelle cliniche, negli ospedali e nei laboratori, della durata di due a tre mesi, eventualmente di più, per i medici che vogliano lavorare sotto una direzione sistematica.

Una serie di corsi avrà luogo in ottobre e cioè: *a*) in medicina generale, con speciale riguardo alle malattie dei polmoni (1-13 ottobre); *b*) per malattie di gola, naso e orecchio (8-27 ottobre); *c*) per le malattie infantili (15-27 ottobre); *d*) sui più nuovi metodi diagnostici e terapeutici con esercizi pratici nelle sale degli infermieri e nei laboratori dell'ospedale civile « Friedrichshain »; *e*) corsi singoli in tutti i rami della medicina con dimostrazioni pratiche.

L'Uffizio si trova alla Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin NW 6, Luisenplatz 2-4 (Germania).

Si indicano abitazioni adatte e si danno informazioni sulle spese da sostenere, ecc.

Nuove poliambulanze in Roma.

L'attuale Gran Maestro del Sovrano Ordine di Malta, principe Thun e Hohenstein, non potendo sul momento fondare un ospedale gerosolimitano, stabilì di sovvenire l'Ospedale del Bambin Gesù di Roma, con le offerte fin'ora ricevute; volle inoltre che nei locali terreni del palazzo magistrale in via Bocca di Leone, fosse istituita una Poliambulanza per la cura di qualsiasi malattia a profitto dei mutilati e invalidi di guerra e agli inscritti nell'elenco dei poveri di Roma. Alla ambulanza è annessa la preparazione pratica dei militi per l'assistenza in guerra.

Questa benefica istituzione fu benedetta la sera del 19 giugno dal cardinale Bisleti, Gr. Priore dell'Ordine. Assistevano alla solenne cerimonia i dignitari dell'Ordine e il Corpo sanitario.

* * *

Il 21 corr. è stata inaugurata, al quartiere di Monte Sacro (viale Gargano, 26), una nuova Poliambulanza per i poveri. Essa consta di sei locali, appositamente approntati: un ampio ingresso, una sala di medicina e chirurgia, una per le specialità, una per la maternità e l'infanzia (farà anche da dispensario di latte per i bambini), un

laboratorio, il bagno. Alla cerimonia intervennero numerose autorità e invitati. Per i sanitari parlò il prof. Fioretti, segretario del Sindacato Nazionale Medico Fascista.

Nuovo Istituto d'anatomia patologica a Londra.

È stato recentemente inagurato. La costruzione venne compiuta mediante una donazione di L. Bernhard Baron, integrata dalla Fondazione Rockefeller.

Istituzione di una Scuola di Ostetricia a Camerino.

Con R. D. 16 aprile 1928 a decorrere dall'anno scolastico 1927-28 è istituita nella Città di Camerino una Scuola di Ostetricia. Così le scuole congeneri diventano sette.

Settimana ospedaliera a Rio Janeiro.

Dal 25 al 31 marzo si è svolta a Rio de Janeiro la « settimana degli ospedali », con la cooperazione del Consiglio d'Assistenza ospedaliera del Brasile, del Dipartimento Nazionale di Sanità Pubblica e della direzione dell'Assistenza pubblica municipale. Numerose conferenze sui servizi ospedalieri sono state tenute da una dozzina di oratori, quasi tutte accompagnate da proiezioni luminose o da cinematografie.

In memoria di Forlanini.

Alla memoria di Carlo Forlanini è stato consacrato per intero un denso fascicolo della « Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi ».

Esso reca una biografia del grande Maestro, redatta da L. Zoia, un'esposizione storica sul pneumotorace artificiale, dovuta a U. Carpi, ed una serie di contributi originali pregevoli, che si fregiano dei nomi di E. Morelli, G. Ronzoni, A. Da Gradi, ecc. Il fascicolo è corredato di tavole e di figure. È in tutto degno del Maestro che si è voluto commemorare.

Onoranze al dott. Salpietra.

Il dott. Ferdinando Salpietra, direttore della « Rivista Sanitaria Siciliana », ha rinunziato definitivamente all'esercizio pratico della medicina e si è fatto cancellare dall'albo dell'Ordine, per dedicarsi esclusivamente all'attività giornalistica nella sua qualità di direttore della *Agenzia Stefani* di Palermo.

La notizia è stata appresa con vivo rammarico dalla classe medica, di cui il Salpietra ha per un trentennio difeso validamente gl'interessi.

Perciò in questa occasione si è voluto offrire al Salpietra un attestato di riconoscenza: una medaglia d'oro e una pergamena miniata. La cerimonia si è svolta il 27 maggio, nella sede dell'Ordine e del Sindacato Medico della Provincia di Palermo, affollata d'autorità e di medici.

Parlarono il dott. Cosimo Urso, presidente della Sezione di Palermo dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti, promotore della cerimonia, il prof. Antonino Bentivegna, presidente dell'Ordine dei Medici, il prof. Edoardo Calandra, in nome del Sindacato Medico, il prof. Vincenzo Barone, medico provinciale; rispose il Salpietra, manifestando la sua gratitudine ed esaltando la fratellanza tra i medici, che non è un mito. Infine gli fu offerto un vermouth d'onore.

Al dott. Salpietra esprimiamo le più cordiali simpatie e l'augurio che egli continui ancora lungamente a consacrare la sua fervida attività alla elevazione e alla difesa della famiglia medica.

Medici inglesi in Francia.

Il « Royal Institute of Public Health » ha organizzato, durante le vacanze delle Pentecoste, un viaggio di medici inglesi in Francia. Essi vi hanno partecipato in numero di 200. Hanno visitato i grandi servizi ospedalieri di Parigi, l'Istituto Pasteur, il Val-de-Grâce, l'Istituto profilattico, i servizi medici dell'aeroporto del Bourget e la Facoltà medica, ove il 23 maggio deposero dei fiori sul monumento dei medici caduti per la Patria. Vennero riuniti ad un banchetto e ad una serata di musica al Palais d'Orsay da sir Henry Lunn, cui si deve l'iniziativa.

La carovana, dopo aver fatto scalo a Vichy ed Aix-les-Bains, si diresse alla Riviera.

L'insegna della doppia Croce Rossa.

Alla Conferenza internazionale contro la tubercolosi adunatasi a Berlino nel 1902, l'insegna della doppia Croce Rossa, proposta dal dott. G. Sersiron, fu adottata come emblema ufficiale delle opere e delle leghe contro la tubercolosi. In seguito, 35 Nazioni ne hanno fatto l'insegna internazionale della crociata antitubercolare. Siccome tuttavia questa insegna varia molto di forma e di colore, il Sersiron ha ora avanzato, al Comitato esecutivo dell'Unione internazionale contro la tubercolosi, un progetto di campionamento mondiale dell'insegna stessa.

La proposta, adottata dal Comitato predetto, sarà sottoposta al Gran Consiglio dell'Unione, che si adunerà prossimamente a Roma.

Per il " Collège de France ".

Il Governo francese ha stanziato la somma di 6.500.000 franchi per la riattazione del « Collège de France », le cui condizioni edilizie erano diventate addirittura scandalose. Inutilmente vi era stata richiamata l'attenzione anche da parte dei giornali quotidiani. Molte aule erano invase dalla muffa, per la rottura di condutture non più riparate; nelle giornate di pioggia si era costretti a tenere le lezioni con gli ombrelli aperti!

Il Collegio di Francia era stato fondato da Francesco I e fu la prima istituzione laica di coltura superiore, contrapposta alla Sorbona, che era retta da religiosi. Un secolo addietro era già stato riattato dall'architetto Chalgrin, il costruttore dell'Arco di Trionfo; ma poi la manutenzione ne venne di nuovo trascurata.

Il Collegio di Francia non conferisce gradi accademici e per questo motivo non è frequentato che da un numero molto ristretto di studenti, i quali perseguono scopi extra-professionali. Comprende alcune cattedre di biologia e di medicina; vi hanno insegnato Ranvier, d'Arsonval, Balbiani, ecc.

Lo scorso aprile moriva a Parigi per ictus apoplettico, il dott. CABANÈS, ben noto a quanti si interessano degli studi di medicina storica e di varietà della medicina.

Nato a Gourdon (Lot) nell'aprile 1862, si dedicò dapprima alla professione paterna, di farmacista, poi si laureò in medicina e fu allievo del noto chirurgo Péan. Ma specialmente egli fu attratto dal giornalismo medico, per cui aveva le maggiori inclinazioni, per la versatilità, la facilità dello stile ed un innato senso di saper trovare tutto ciò che poteva interessare i lettori, presentandolo nel modo più attraente.

Diresse per molti anni la *Chronique médicale* e fondò fin dal 1907, a lato dell'*Association de la Presse médicale* e del *Syndicat de la Presse scientifique*, di cui faceva parte, l'*Association des Journalistes médicaux français*, che ebbe un grande successo e che è sempre prosperosa raccogliendo nelle sue file tutti i lavoratori del pensiero medico francese.

Ma soprattutto Cabanès eccelse negli studî di medicina storica, creando in questa un genere nuovo, la diagnosi medica retrospettiva storica. Sui più svariati documenti, attraverso tanti racconti più o meno confusi, erronei o magari falsati, egli sapeva con particolare acume sopprimere gli errori, facendo balzare la verità, ricostruendo col linguaggio scientifico moderno i fenomeni patologici di illustri personalità della storia.

Scrisse oltre cinquanta volumi, che si leggono tutti col massimo interesse (citiamo fra gli ultimi: *Le cinq sens, Les fonctions de la vie, Le sixième sens, Esculape chez le artistes*) tanto più che in essi il faticoso lavoro di erudizione, che è necessario per scrivere su tali argomenti, scompare dietro uno stile quanto mai semplice e bonario.

Lavoratore infaticabile, Egli è morto sulla breccia, lasciando a noi tutti il conforto dei suoi libri che ci sono cari compagni nelle ore di svago.

fil.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXV — Roma, 9 Luglio 1928 — Fasc. 27

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE DI TECNICA.

ISTITUTO D'IGIENE E BATTERIOLOGIA
DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI CAGLIARI.

Sul terreno al verde di malachite e sulla tecnica per l'isolamento dei bacilli tubercolari

per il prof. G. PETRAGNANI, direttore.

La composizione del mio terreno al verde di malachite, resa di pubblica ragione su « Lo Sperimentale » (anno LXXVII, 1° febbraio 1923) e poi sul *Bollettino dell'Istituto Sieroterapico Milanese* (Fasc. III, 1926) nella sua modificazione, ha trovato consensi molto lusinghieri, se il Blechmann ne rileva la superiorità su quello di Petroff (*C. R. Soc. de Biol.*, n. 13, aprile 1927), per la maggiore percentuale di risultati positivi negli isolamenti da materiali tubercolari e per la più facile e pronta preparazione (*), se da numerosi Istituti e Laboratori nostri me ne dicono bene e se nella letteratura medica italiana si può dire che non vi sia alcun lavoro sperimentale sulla tubercolosi, dove, per lo meno fra gli altri, non siano riportati i risultati di cultura sul terreno al verde di malachite (*).

Come era però inevitabile, la modificazione portata al terreno ed alla tecnica per l'isolamento, con la pubblicazione 1926, e che io confermo *utilissima*, non è ancora di dominio comune ed anzi, il Vascellari, in un recente lavoro su « La filtrabilità del virus tubercolare » (*Il Policlinico*, fasc. I, 1928) dopo aver dichiarato che il terreno al verde di malachite, secondo la mia prima formula, « *gli ha sempre risposto ottimamente* », poche righe più sotto afferma che « è inutile seguire le ulteriori modificazioni ap« portate dall'A., perchè se l'inquinamento della « cultura in detto terreno così modificato è reso « meno possibile per l'aggiunta di una maggiore « quantità di verde di malachite, s'osserva però « che il b. di Koch si sviluppa con notevole ri« tardo e più stentatamente ». Nel dubbio che una tale affermazione, per quanto non sostenuta da una sufficiente sperimentazione (l'A. stesso afferma che *non ha creduto utile seguire le ulteriori modificazioni apportate*), possa trovare facile credito, mi sento spinto a dare chiarimenti in proposito.

(*) V. anche: A. CALMETTE: *L'infection bacillaire et la tuberculose*. 3e édition. Masson, éd., 1928, p. 52.

(*) V. fra gli altri: A. G. CHIARIELLO: Rinascenza medica, n. 22, a. IV, 1927; E. TAGLIABUE: Bollettino dell'Ist. Sieroterapico Milanese, n. 5, a. VI, 1928.

Io ho modificato il primo metodo dopo i risultati di quattro anni di ininterrotte ricerche, continuate ancora poi, a tutt'oggi, da me ed allievi. Per esse posso affermare con sicura coscienza che le modificazioni (aumento del latte da 100 a 150 cmc.; della fecola di patate da 5 a 6 gr. e della soluzione di verde di malachite da 10 cmc. all'1 % a 10 cmc. al 2 %) inducono notevoli vantaggi d'ordine pratico, e rendono il terreno ancora migliore.

È superflua la tyndalizzazione del terreno per tre giorni, indispensabile a chi seguisse il primo metodo. *Basta la sola coagulazione per 25 m' a 85° C.* il che permette di allestire il terreno e di usarlo nella stessa giornata.

La forza di inibizione, su lo sviluppo dei comuni altri microrganismi, è accresciuta dalla maggior dose di verde di malachite. Ciò permette l'isolamento dei bacilli tubercolari da escreati e da altri materiali largamente inquinati, dopo averli omogeneizzati per soli 20-30 minuti a temp. ambiente, sino cioè ad ottenere la solubilizzazione macroscopica del materiale, nell'idrato sodico al 4 %. Ed una tale riduzione nel tempo di omogeneizzazione, oltrechè utile per la maggiore rapidità di esecuzione, meglio promette per l'isolamento del bacillo tubercolare.

Questi vantaggi pertinenti al terreno così arricchito di verde di malachite, emergono anche dalle indagini diligenti condotte in questo Istituto dal Frongia (« L'influenza del verde di malachite sullo sviluppo dei bacilli tubercolari in coltura pura », *Giorn. di Batt. e Imm.*, anno II, ottobre 1927). Esse dicono che il verde di malachite, nella dose da me segnata per la preparazione del terreno e, se si volesse, anche in dose ad essa superiore, non solo non inibisce lo sviluppo del b. di Koch, ma rappresenta, in quel terreno lattovofecola, una sostanza che ne determina un più rigoglioso sviluppo.

Risulta infatti che nel terreno lattovofecola secondo la mia formula, ma senza verde di malachite, la patina batterica insorge lenta e scarsa, a confronto che nello stesso con verde di malachite.

Questo svolge azione inibente lo sviluppo del b. di Koch solo in concentrazione due o tre volte maggiore alla quantità indicata e, si badi bene, non ugualmente sui vari stipiti di tubercolosi umana, isolabili da lesioni tubercolari diverse.

Inoltre, per ricerche comparative da me iniziate da tempo, sull'isolamento dei bacilli tubercolari dai prodotti patologici, con terreno lattovofecola a varie concentrazioni di verde di malachite, posso affermare che una maggiore quantità di verde di malachite spesso determina una più abbondante cultura batterica, mentre che solo in qualche raro caso l'isolamento riesce meglio nel terreno con minor dose di verde. Per garantirsi da ogni sorpresa si potrebbe, ma non lo ritengo necessario, allestire il terreno lattovofecola con varie dosi di verde di malachite; ed in particolare per 100 cmc. di lattovofecola, ancora liquido, si potrebbero metter 2,5 cmc. di verde di malachite al 2 %, per altri cento 3,5 e poi ancora 5 oppure 6-7 e persino 8 cc. di verde al 2 % in 100 cmc. di lattovofecola ancora liquido.

Se questo trovo necessario dire per la costituzione del terreno. ancora utile mi sembra richiamare l'attenzione su alcuni particolari di tecnica per l'isolamento del b. tubercolare dai prodotti patologici:

Utilissima p. es. riesce l'aggiunta di qualche goccia di tintura di laccamuffa all'escreato, o ad altro materiale da omogeneizzare con la soda, perchè essa rende poi molto agevole e facile la perfetta neutralizzazione dell'omogeneizzato con acido cloridrico. Se il Periti, che pure recentemente si occupa delle « Forme filtrabili del bacillo di Koch » (*Policlinico*, fasc. 1, 1928) avesse seguito tale consiglio, non avrebbe incontrato l'ovvio inconveniente della ulcerazione cutanea, al punto della inoculazione nella cavia degli escreati ancora fortemente alcalini e, certamente, avrebbe riscontrata la perfetta rispondenza fra le prove biologiche e quelle culturali, che, invece, necessariamente sono rimaste sopravanzate da quelle.

I provettoni devono essere messi in posizione allungata entro il termostato ed orientati in modo che il materiale, se fluido, si spanda uniformemente su la superficie di cultura. A quelli seminati con materiale fluido si provvederà a paraffinare il turacciolo dopo 3-4 giorni di permanenza in termostato, quando cioè tutto il liquido sarà pressochè prosciugato. A quelli seminati con l'ansa, con materiale consistente, si paraffinerà il turacciolo subito dopo la semina.

E' intuitivo che, se di due provettoni seminati con l'ansa, dello stesso materiale, uno avrà avuto una diligente distensione del materiale sulla superficie di cultura e per l'altro si sarà ciò fatto sommariamente, lo sviluppo che conseguirà sarà molto diverso; come pure se di due provettoni seminati con la stessa quantità di materiale fluido, uno sarà collocato in termostato in condizione che il liquido si distribuisca regolarmente su tutta la superficie e così lasciato per lo meno sino a completa evaporazione del liquido, mentre l'altro sarà collocato in modo che il materiale seminato si condensi su un lato o su un estremo del provettone, le culture che insorgeranno saranno anche in questo caso molto diverse. Ciò dice che se il metodo di cultura si presta anche ad indagare il quantitativo di ger-

mi presenti in un dato materiale (cosa impossibile con le prove biologiche), la tecnica deve essere però eseguita con scrupolo e diligenza, mancando i quali si può essere indotti a conclusioni errate.

Riepilogando:

Allestimento del terreno di cultura. — Sterilizzare in autoclave circa 30 provettoni puliti (di due cm. circa di diametro) e chiusi dai relativi turaccioli di cotone; un imbuto di 10-12 cm. di apertura; un imbutino di 4-5 cm. di apertura; un foglio di garza e un erlenmayer di circa mezzo litro di capacità.

In un barattolo di vetro, della capacità di circa un litro, si mettano cmc. 150 di latte di mucca fresco, 6 gr. di fecola di patate, 1 gr. peptone e frammenti di una patata, grande quanto un uovo, dopo sbucciata.

Si porta il barattolo nel b. m. che si fa salire ad ebollizione, avendo cura di imprimere per i primi 5-10 minuti un continuo movimento di rotazione al barattolo (afferrandolo per il collo con la mano protetta da un panno), allo scopo di impedire che la fecola aderisca al fondo del recipiente. Appena si forma una *colla* latte-fecola-peptone si può smettere di agitare e si lascia in b. m. bollente ancora per circa un'ora.

Portato fuori dal b. m. e dopo scesa la temperatura sotto i 60° C., si aggiune il contenuto di quattro uova intere e il solo tuorlo di un quinto uovo. Con adatto movimento si omogeneizza il tutto, si passa attraverso garza sterile, allo scopo di trattenere le calaze, le membrane vitelline e i pezzi di patata e si raccoglie nell'erlenmayer già sterilizzato. Si aggiungono cmc. 12 di glicerina neutra e cmc. 10 o 12 o anche 15 di verde di malachite al 2 % in acqua distillata.

Aiutati da un assistente e servendosi dell'imbutino già sterilizzato si distribuisce il terreno nei provettoni già sterilizzati, mettendone in ognuno circa cmc. 12.

I turaccioli di cotone devono essere affondati sino all'orlo dei provettoni, che si adagiano in un solo strato nel coagulatore, lasciandoli alla temperatura di 85° C. (temperatura interna) per 25 m'.

Se il coagulatore non è capace di contenere in un solo strato tutti i provettoni, si possono dividere in due-tre gruppi da coagulare successivamente di venticinque in venticinque minuti.

Tecnica di isolamento. — Se il materiale dal quale si vuol coltivare il b. di Koch è *molto* inquinato di altri microrganismi si deve farne l'omogeneizzazione con NaOH al 4 % e successiva neutralizzazione con HCl diluito e sterilizzato.

Per fare ciò il materiale (1) (nella più parte dei casi bastano un paio di grammi) va portato in un barattolo o provettone già sterilizzato, dove si aggiunge qualche goccia di tintura di laccamuffa e NaOH al 4 %, in quantità utile a renderlo convenientemente fluido ed omogeneo. Tale omogeurizzazione imprimendo un movimento continuo al barattolo, si ottiene in pochi minuti, (se il materiale era già fluido e se ne fa la omogeneizzazione solo perchè molto inquinato si aggiunge uno o due volumi di soda e si lascia agire per un tempo conveniente al grado e tipo di inquinamento). Ciò ottenuto, si neutralizza con HCl (dens. 1,2 diluito con 9 vol. di acqua e sterilizzato in autoclave). Per la presenza della laccamuffa riesce molto facile leggere la neutralizzazione conseguita.

Non è bene seminare in un provettone più di cmc. 0,5 di materiale fluido o fluidificato in esame.

I turaccioli dei provettoni seminati con l'ansa di materiali densi vanno paraffinati prima di essere messi in termostato.

I provettoni seminati con materiali fluidi devono essere messi in termostato in posizione allungata ed in modo che il liquido seminato si distribuisca in eguale strato su tutta la superficie di cultura.

Questi provettoni devono essere lasciati indisturbati per almeno 3-4 giorni e, solo dopo la condensazione del materiale, devono essere ripresi per l'imparaffinamento dei turaccioli.

---

(1) Nel caso di escreati, per separare le parti più dense, purulente, dalla saliva a parte catarrale, è utile aggiungere nella sputacchiera una soluzione calda di cloruro sodico a circa l'1 % e poi versare il tutto in una bacinella di dove pescare i *nummuli*.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MAGGIORE S. GIOVANNI BATTISTA
E DELLA CITTÀ DI TORINO.
SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. dott. LUIGI BOBBIO.

Contributo clinico alla eziologia irritativa cronica del cancro.

(Esposizione di quattro casi).

Dott. GIOVANNI VILLATA, assistente volontario.

In altra mia precedente pubblicazione, ho trattato del valore oncogenetico del trauma riferendomi ad osservazioni statistiche e cliniche desunte dalle cartelle cliniche di pazienti cancerosi, stati ricoverati nella sezione chirurgica, diretta dal prof. Bobbio.

L'argomento della presente nota mi è stato indicato dall'osservazione di quattro donne ricoverate per tumori maligni nella predetta sezione. Tra queste, due erano affette da carcinoma, ed una da epitelioma, insorti su focolai infiammatori, intesi questi in senso largo. L'ultima ammalata presentava un carcinoma del seno di destra, in cui la causa almeno occasionale di sviluppo si poteva mettere in relazione con lievi traumi ripetuti sulla regione.

Il presente lavoro avrebbe potuto senza dubbio avere altra importanza, se mi fosse stato possibile condurlo sotto altra forma molto più vasta e riferire per questo gruppo eziologico delle cifre percentuali in rapporto al numero totale degli ammalati ricoverati nella sezione in un lungo periodo: avrei però potuto incorrere in gravi errori, ben conoscendo, per prova, la difficoltà di condurre un lavoro di siffatta importanza sulla scorta delle cartelle cliniche redatte per lo più a scopo pratico. Il presente contributo, se pure, è limitato alla esposizione di questi casi, osservati nello spazio di pochi mesi, può dire quanto importante sia il fattore irritativo cronico in senso lato, nella eziologia del tumore maligno.

In questi ultimi anni, sono state pubblicate numerose statistiche, condotte allo scopo di esaminare lo sviluppo dei tumori maligni nelle diverse nazioni, o in singole regioni che si sono constatati negli ultimi decenni: (Portogallo, antico Impero Austriaco, Germania, Prussia orientale e occidentale, Baviera, Belgio, Danimarca).

In Italia va essenzialmente ricordata quella di Niceforo, presentata al primo convegno della Lega Italiana contro il cancro a Milano. Essa è arricchita da una serie preziosa di 42 tabelle dimostrative, da cui in modo facile, si può studiare la mortalità per il cancro in tutta Italia e nelle singole regioni, a seconda dell'età, del sesso, dello stato civile, degli organi colpiti, delle varie cause eziologiche, quali l'influenza del terreno, case, città, campagne, dell'eredità, delle infezioni, dei traumi e dei fatti irritativi, delle professioni, dei mestieri, ecc.

In una delle tabelle della predetta statistica noi troviamo che in Italia, negli uomini morti per tumori maligni nel 1924, il 7,1 % aveva riferito come antecedente uno stimolo cronico e l'1,6 % la presenza di cicatrici; nelle donne la cifra media (lascio altre cifre parziali che riguardano l'utero e la mammella) era di 5,4 % nel primo caso, e di 1,9 % nel secondo caso: negli uomini il 4,8 % aveva riportato un trauma acuto: nelle donne il 4,1 %.

Niceforo sospetta però che tali cifre siano sensibilmente inferiori a quelle reali. Le indagini del 1925 corrispondono essenzialmente nei loro risultati numerici con quelle del 1924 sopra esposte.

Lasciando da parte qualsiasi considerazione sui tumori maligni notati dopo un trauma, violento, unico mi limiterò alla trattazione dello sviluppo del carcinoma insorto in seguito a stimolo cronico sia esso fisico, chimico, termico, infiammatorio (da fattori multipli), e su quello sviluppatosi su cicatrici.

Esempi di irritazione meccanica, causa di carcinomi sono dati da sfregamenti ripetuti da corpi duri, irregolari, appuntiti come sono i denti cariati e da quanto constatò Boussignoult tra i rematori Bogas, molti dei quali sono affetti da epiteliomi sotto la spalla, là dove essi esercitano la forza di propulsione sul remo.

Tra gli agenti fisici hanno valore indiscusso il calore (epitelioma dell'addome e delle coscie tra i portatori di Kangri) ed i raggi X (dapprima dermite acuta poi cronica, seguita da alterazioni più profonde papillomatose, che successivamente infiltrano la profondità).

Gli agenti chimici che possono dare origine al cancro, sono l'arsenico (Bayet e Slosse), l'anilina, il catrame e la paraffina.

Fu notata ancora la comparsa di neoplasie a livello di lesioni antiche della cute, come cicatrici da interventi operatori pregressi (cicatrici da osteomieliti (Borchers 5 casi; Devais 39 osservazioni; Cruchet, Berger, Michaël, Piccoli, Marengoni), da geloni, e su lesioni di psoriasi, su tragitti fistolosi aperti o cicatrizzati, su piaghe da varici, su ulceri gommose leutiche (Anglesio), su cicatrici di lupus o su forme lupose in evoluzione.

Lo sviluppo del cancro da una cicatrice può avvenire secondo Clement, o per iperplasia delle

cellule epiteliali rimaste in sito per ipertrofia di una o più papille situate al centro della cicatrice oppure per la produzione di cellule epiteliali della base di bottoni carnosi ed infine per lo sviluppo di noduli epiteliali neoformati.

Perchè si constati in una cicatrice la presenza di un epitelioma occorre un periodo di tempo molto lungo e che varia dai 10 ai 20 anni. Fanno eccezione i casi di Neumann e Corin ed i due di Reynaud e di Huguenin.

Vi è infine tutta una serie di carcinomi, epiteliomi, che si è sviluppata dopo una serie variabilissima di fattori irritativi. Così Unna ha rilevato la presenza dell'ulcus rodens della faccia dei naviganti; è stato notato che il cancro del pene non esiste o è estremamente raro (Marangoni, Sampoerno) nelle persone che non hanno fimosi, che molti epiteliomi insorgono su ulcerazioni da sifilide di antica data, su macchie leucoplasiche, su papillomi, corneomi. Il carcinoma del labbro, si può dire, si sviluppa in modo quasi assoluto, nelle persone che fumano, quello della lingua o della guancia in quelle che masticano tabacco od hanno denti cariati.

I neoplasmi dello stomaco insorgerebbero, secondo Centanni, per l'azione irritativa del bolo alimentare su abrasioni della mucosa gastrica; vi sarebbe infine un rapporto manifesto tra l'ulcera semplice e cronica, l'ulcera rotonda ed il cancro, che si può sviluppare su di un'ulcera ancora in evoluzione o sulla sua cicatrice.

La discussione a questo proposito regna viva per stabilire se sia l'ulcera a dare origine ad un cancro o sia invece uno stimolo secretivo od un altro diverso. Quello che è certo si è che sul fondo di un'ulcera gastrica si riscontra, secondo la maggioranza degli AA., dal 25-30 % dei casi degli elementi neoplastici.

Bergmann e dopo di lui Courvoisier, Delano-Ames, Orth, Naumen, Marchand hanno notato l'intimo rapporto che esiste tra cancro e cirrosi del fegato, tra cancro della cistifellea e calcolosi biliare.

Fatterer e Haberfeld notarono dei calcoli nel 70 % dei cancri della cistifellea, Courvoisier nel 91 %; Mayo, Moyniham, Riedel ritengono che solo nel 5-7 % dei casi di calcolosi della vescichetta biliare si sviluppi in seguito un carcinoma. Ma i calcoli precedono o seguono lo sviluppo del tumore maligno? Cornil, Ranvier, Second credono che essi siano la conseguenza delle notevoli modificazioni della composizione della bile e delle lesioni anatomiche della mucosa della cistifellea.

Rendus, Terrier, Auvray, Chauffard, al contrario, sostengono, appoggiandosi essenzialmente sulla sintomatologia clinica, che la colecistolitiasi, sia il più spesso un fatto iniziale che precede lo sviluppo del tumore.

Per l'utero si è notato talora, la coincidenza tra la presenza del cancro e pregresse lacerazioni del collo uterino, o per parti distocici o per dilatazioni; d'altra parte non ha minor valore anche la presenza di secrezioni dell'utero dovute a cause chimiche-infettive. A testimoniare l'importanza della irritazione cronica stanno le osservazioni di Champy, di Harthmann, Allaines e Sourmont che hanno molti punti di contatto tra di loro.

Ma vi e di più. Mentre oggi si registrano degli insuccessi quando si vuol ottenere un tumore maligno da inoculazione di germi, o da innesti di embrioni, esso si è potuto ottenere specialmente con dei metodi che portano un'irritazione cronica variabile, non specifica.

Il tumore maligno oggi infatti si ottiene coi raggi X (Clunet), con il catrame (esperienze iniziate da Yamagiva e Itckikawa e seguite, con diversa tecnica, da numerosissimi altri AA.), con il Cisticercus fasciolaris, con le larve di teonia crassicollis, col demodex (Borrel) e colla Spiroptera neoplastica (Fibiger). Mentre quest'ultima non ammette che l'infiammazione abbia influenza di sorta sull'origine del carcinoma, perchè essa è piuttosto un fenomeno secondario o coordinato alla causa che determina l'evoluzione del tumore, Menetrier invece ritiene che le osservazioni di Fibiger dimostrino ancora una volta le relazioni che corrono tra i fenomeni infiammatori cronici, le iperplasie dei tessuti e le neoformazioni maligne.

* * *

Passerò ora ad esporre le storie cliniche dei pazienti ricoverati nella sezione del chiarissimo prof. Bobbio, che qui ringrazio per avermi suggerito l'argomento e concessa l'illustrazione di questi casi.

CASO I. — *Carcinoma innestato su un'antica calcolosi biliare.*

G. Francesca, di anni 67, da Torino, casalinga è ricoverata d'urgenza il 23 settembre 1927 per occlusione intestinale.

La p. da giovane soffriva di anoressia, di disturbi gastrici, di stitichezza ostinata; nel novembre 1923 cominciò ad avvertire dolori alla regione epigastrica e che insorgevano ora a digiuno ora dopo i pasti; non ebbe mai vomito; nel luglio 1924 i dolori apparivano all'epigastrio a tipo di coliche, con irradiazioni alle regioni lombari, alle spalle, ai fianchi; sopraggiunto ittero intenso fu ricoverata l'8 agosto 1924 in una sezione di

medicina dell'Ospedale S. Giovanni; l'a. ebbe elevazioni termiche che raggiunsero talvolta 39,9; l'esame radiografico fu negativo per la presenza di calcoli nella cistifellea o nel coledoco; malgrado ciò si ritenne opportuno un intervento laparatomico per l'aggravarsi dell'ittero, delle condizioni generali della p., nel dubbio che si trattasse di un calcolo del coledoco. Si trova all'operazione (27 agosto 1924) (prof. Bobbio), che il fegato è ptosico, ingrossato, che la cistifellea è infiammata, aderente, ispessita, ripiena di calcoli; esteriorizzato il fegato si mettono in evidenza le vie biliari e allora si scopre il coledoco fortemente dilatato contenente un grosso calcolo che è asportato attraverso ad una incisione del coledoco. Colecistectomia. Chiusura del cistico, sutura del letto della cistifellea, drenaggio del coledoco con un tubo di gomma, sutura parziale dell'incisione del coledoco. Mikulicz, sutura parziale, il 25 settembre è dimessa guarita (1).

La p. non fu più vista d'allora, che il 23 settembre 1927; essa ci riferisce che da 5 mesi è sofferente di dolori alla regione lombare destra con irradiazioni dolorifiche alla coscia di destra; per evacuare deve ricorrere all'uso di purganti; essa ha talora nausee e vomiti, senso di peso all'epigastrio. Da tre giorni si ha il quadro completo dell'occlusione intestinale che non cede all'uso di clisteri. Si distinguono le anse intestinali disegnarsi e contrarsi attraverso la parete addominale. Date le condizioni generali discrete dell'a. si pensa trattarsi di occlusione intestinale da probabili aderenze tra il colon e la pregressa cicatrice laparatomica od a mezzo di briglie per cui si decide intervenire con un'incisione laparatomica mediana sopra ombelicale. Si constata trattarsi di una forma di carcinosi diffusa al peritoneo, al mesentere, al fegato. Grossi nodi metastatici esistono anche nel piccolo bacino e comprimono il sigma ed il retto. Oltre a ciò esiste una striscia di tessuto neoplastico larga circa 6 cm. che dalla faccia peritoneale della pregressa cicatrice laparatomica si dirige alla zona precedentemente occupata dalla cistifellea. Data l'inoperabilità del caso si fa un ano mediano sul colon trasverso. Chiusura delle pareti a triplice strato; la p. è tutt'ora vivente.

CASO II. — *Carcinoma sviluppato su un'ulcera gastrica.*

F. Camilla, anni 58, maglierista, Torino. Entrata il 6 settembre 1927.

Fu operata il 17 gennaio 1925 per ulcera gastrica diagnosticata in sezióne, prof. Pescarolo. Durante l'operazione (prof. Bobbio) si trovano aderenze tenaci che fissano lo stomaco all'epiploon, alla parete addominale anteriore; liberatolo da esse, si avverte che lo stomaco è sede di un'ulcera perforante della faccia anteriore della regione mesogastrica; l'ulcera si perfora appena, lo stomaco è stirato fuori dalla cavità addominale. Intorno all'ulcera si palpa un largo callo e si notano i segni di una infiammazione peritoneale recente. Ghiandole ingrossate mollicce nell'epiploon; si cauterizzano i bordi dell'ulcera perforata e si infossa l'ulcera alla Balfour; in seguito si pratica la gastro entero-anastomosi retro colica posteriore verticale. Guarita per prima la paziente, come risulta dai registri, fu rivisitata nel settembre 1926 perchè da un mese in seguito ad un trauma, accusa dolori ai quadranti superiori dell'addome. Consigliatale una cura medica la p. non ritorna in sezione che il 6 settembre 1927 in condizioni generali molto gravi perchè da molto tempo (non sa specificare meglio) ha dolori subito dopo i pasti e che persistono per due o tre ore. Qualche volta ha conati di vomito e vomito di sostanze alimentari. Durante il periodo di degenza in Ospedale si conferma quanto riferisce la p. L'esame radiologico dice trattarsi di un'ulcera impiantata sulla bocca anastomotica. Con questa diagnosi previa preparazione dell'a. (numerose rettoclisi) si interviene (prof. Bobbio) in anestesia locale e rachianestesia lombare alta con una laparatomia epigastrica, la cui incisione si allunga in basso per le molteplici aderenze dello stomaco e del fegato alle pareti. Attraverso a queste aderenze che vengono isolate il più possibile si mette in evidenza un grosso tumore bernoccoluto fisso, che è impiantato sulla sede della primitiva ulcera che ingloba e restringe quasi tutto lo stomaco lasciando libera l'anastomosi ove non si riesce a palpare alcunchè di anormale. Non potendosi pensare per le condizioni gravi della p. a resecare lo stomaco si pratica un'altra gastro enteroanastomosi a monte della precedente transmeso-colica anteriore.

La p. muore il 25-9-1927. All'autopsia (prof. Vanzetti) si riscontra: atrofia bruna del cuore — pleurite fibro adesiva bilaterale — edema del polmone con note di ipostasi alla base — milza atrofica — vasta ulcera cancerigna dello stomaco della regione pilorica — degenerazione torbida e grassa del fegato.

CASO III. — *Epitelioma sviluppato su cicatrici lupose.*

B. Pasqualina, di anni 45, casalinga, Pozzo Strada. Entrata in Sezione il 4-10-1927. Venti anni fa fu colpita da una forma luposa alla faccia che dapprima fu curata con applicazioni di unguento e successivamente irradiata; ne residuarono estese cicatrici pianeggianti, biancastre, che deturpano la faccia. Nel gennaio del corrente anno la p. cominciò a notare in corrispondenza dell'angolo mandibolare sinistro e davanti all'orecchio, la comparsa di una tumefazione grossa come una lenticchia, facilmente sanguinante sopra elevata sulla cute circostante, arrossata, che rapidamente si estese, tanto da oltrepassare in alto l'arcata zigomatica, in basso raggiungere l'angolo della mandibola ed in avanti invadere la metà della guancia. Tutta questa superficie è coperta da vegetazioni a cavolfiore che sporgono per circa 2 cm. dal piano della cute circostante. La p. accusa inoltre anoressia, cefalea, deperimento, vertigini.

L'11 ottobre 1927 viene operata (prof. Bobbio) in morfio cloro-narcosi di excisione di questa vasta ulcerazione; fu in seguito medicata quotidianamente con garza imbevuta di clorosan e ora la superficie è tutta quanta detersa dal pus e la p. si trova in condizioni di poter ricevere degli

---

(1) VILLATA. *Coledocotomia nella occlusione acuta del coledoco da calcoli.* Min. Med., 1925, n. 13.

innesti di cute per chiudere la breccia. L'esame istologico ha dimostrato trattarsi di un epitelioma spino-cellulare.

CASO IV. — *Carcinoma alla mammella D. da trauma ripetuto, professionale.*

G. Luigia di anni 41 maglierista da Torino, entra in ospedale il 29-XI-1927 ed esce il 10 dicembre 1927.

Genitori e fratelli viventi e sani, una sorella morta di tubercolosi. La p. sofferse di pleurite essudativa a sin. nel 1919 e fu operata 3 anni fa di enucleazione di un nodo tiroideo aberrante.

Sposata non ebbe nè gravidanze nè aborti. Da circa 3 anni notò la comparsa di una tumefazione al seno di D. Il tumore è cresciuto lentissimamente fino a tre mesi fa, da quest'epoca la p. ha senso di molestia e notò un accrescimento più rapido che per il passato, il tumore ha raggiunto il volume di una noce col mallo, la cute aderisce alla tumefazione ed il capezzolo è retratto e coperto parzialmente di crosticine gialle. Non si palpano ghiandole ascellari. Diagnosticato trattarsi di un carcinoma del seno, si opera la p. di amputazione del seno e nello svuotare il cavo ascellare e lungo il margine esterno del grande pettorale, si trovano numerosissime e piccolissime ghiandolette dure.

L'esame istologico del tumore ha dimostrato trattarsi di un adeno-carcinoma tubuloso della mammella, con estese zone di necrosi e metastasi ghiandolare.

CONSIDERAZIONI.

Il reperto eziologico tra irritazione cronica e neoplasma appare assai evidente dalla esposizione delle osservazioni cliniche su riferite.

La prima p. era stata operata 3 anni prima di coledocotomia e colecistectomia per calcolosi della cistifellea e del coledoco. Manca purtroppo il reperto anatomo patologico della vescichetta biliare. Se noi ricordiamo quanto hanno detto altri autori a proposito della frequenza del rapporto tra cancro della vescichetta biliare e calcolosi, possiamo anche supporre che in essa esistesse all'epoca del primo intervento un carcinoma assolutamente iniziale e che potè sfuggire all'osservazione anatomica semplice.

In tale ipotesi le lesioni che vennero riscontrate nel secondo intervento sarebbero dunque metastasi e recidive di quel carcinoma, tanto è vero che venne riscontrata una larga zona neoplastica che dalla sede della vescichetta si estendeva alla cicatrice laparatomica pregressa. Ma si tratta di una ipotesi: è possibile pure che il carcinoma si sia sviluppato sul terreno cicatriziale del primitivo fatto flogistico.

Certamente questo caso si presta a maggiore discussione per quanto riguarda il periodo di tempo in cui il tumore si sarebbe formato: e cioè se preesistesse alla colecistectomia e quindi fosse direttamente legato ad un fatto flogistico colecististico o fosse insorto secondariamente, dopo qualche tempo dall'intervento, sul terreno cioè della cicatrice operatoria. In mancanza del reperto istologico della vescichetta estirpata non è possibile concludere con sicurezza per una, piuttosto che per l'altra ipotesi. Certo la prima ha più apparenza di probabilità anche per quanto si sa avvenire in altri casi consimili e del resto è possibile che un cancro iniziale della cistifellea abbia dopo la colecistectomia lasciato un lungo periodo di tregua senza recidiva e bisogna a questo proposito ricordare che in qualche caso la diagnosi viene solo fatta dall'istologo. Ricordo a questo proposito un caso della pratica privata del prof. Bobbio di una donna di 62 anni colla storia clinica di una colecistite calcolosa con empiema della cistifellea e pericolecistite in cui si trovò all'intervento un ascesso della parete, proveniente da colecistite purulenta calcolosa. Il chirurgo ebbe però il sospetto di un neoplasma: l'esame istologico di qualche frammento della parete della cistifellea, che fu in tale caso marsupializzata (esame fatto dal prof. Morpurgo) dimostrò la presenza di un carcinoma. Ciò nonostante l'a. a distanza di diversi mesi dall'operazione non solo appare guarita, ma gode ottima salute, quantunque il tumore dato dalla cistifellea sia palpabile, tutt'ora duro e fisso, se pure assai ridotto di volume ed indolente. Anomalie di decorso si trovano frequentemente nella storia dei blastomi maligni specie in persone di età avanzata.

Nel secondo caso si ebbe una cancerizzazione di un'ulcera gastrica. E che si trattasse veramente di un'ulcera gastrica e non di un caso di sifilide terziaria dello stomaco (non bisogna dimenticare che la paziente era una luetica di antica data) sta il reperto operatorio della prima operazione, in cui si riscontrò una sola lesione ulcerosa, mentre è noto dai lavori di Mathieu, di Copelli, di Pinardi, che la lesione ulcerosa sifilitica dello stomaco non è unica, ma che si trovano contemporaneamente altre ulcerazioni della mucosa gastrica. Inoltre lo stomaco appariva dilatato non ristretto come si constatò radiologicamente nei casi di sifilide dello stomaco. D'altra parte il reperto clinico e quello operatorio era così netto che la diagnosi di ulcera perforata dello stomaco risultava evidente ed il benessere seguito per qualche tempo l'intervento conferma tale ipotesi. Ed è quindi sul terreno dell'ulcera cauterizzata ed infossata che si

è poi sviluppato il carcinoma, diffuso e che condusse a morte la p.

Un caso pressapoco simile al nostro è stato illustrato dal prof. Stropeni alla Accademia di Medicina di Torino.

Naturalmente questi casi non vanno esenti da sospetti, poichè è noto che vi sono lesioni che all'esame macroscopico appaiono con i caratteri della benignità e l'esame istologico rileva invece già delle zone cancerose. E dall'altra parte anche un'operazione palliativa come nel nostro caso, può determinare per qualche tempo, talora e a lungo un notevole miglioramento. Stando però alle apparenze cliniche, che sono pur sempre molto importanti e tanto più grandi in quanto chè nel caso in discussione non fu possibile procedere ad un esame istologico nel primo intervento, questo caso dovrebbe appunto essere interpretato nel senso che su una pregressa ulcera, si sia più tardi sviluppato un cancro.

Il terzo caso infine rappresenta una osservazione evidente di relazione tra irritazione cronica (cicatrice luposa) e sviluppo dell'epitelioma. La cicatrice deformante, residua ad affezione luposa guarita, diventò sede di un tipico epitelioma al cui sviluppo non è improbabile che anche le irradiazioni dei raggi X abbiano potuto contribuire.

Il quarto caso si distacca un po' dai precedenti, per il fatto che è molto probabile che l'insorgenza del tumore sia stata occasionata dal trauma cronico, professionale. Difatti la paziente esercitava dal 1920 la professione di maglierista, e per questa sua incombenza aveva preso l'abitudine di spingere il telaio, battendo col seno di destra contro la macchina; e che fosse la sede del traumatismo cronico, quella su cui si era sviluppato il neoplasma, lo si arguisce anche dal fatto che la p. venne a visita, non tanto per il dolore fisico, quanto per l'impaccio che la tumefazione stessa le procurava durante il suo lavoro impedendole di spingere la macchina col seno.

Ma anche per questo la patogenesi dell'affezione ci sfugge: ricordiamo a questo proposito che la p. era stata tre anni prima operata di enucleazione di un lobo aberrante della tiroide; ora il tumore maligno, può essersi sviluppato attraverso due meccanismi differenti e cioè: un nodo adenomatoso preesisteva nella ghiandola mammaria, e questo nodo in seguito al traumatismo cronico, ripetuto si è fatto manifesto, circa 3 anni prima dell'intervento e successivamente è degenerato in cancro, oppure il tessuto ghiandolare della mammella era perfettamente normale ed il trauma ripetuto cronico, producendo piccole emorragie, e dei processi di rigenerazione in permanenza, in sito, è stato la causa dello sviluppo del tumore maligno.

Noi non possiamo rispondere a questi due quesiti, come non sappiamo d'altra parte spiegarci perchè nella nostra p. si sia sviluppato un tumore maligno, mentre vi è la totalità delle donne occupate negli stessi lavori, sottoposte agli stessi stimoli e che non presentano alcun tumore maligno.

Riassumendo, da quanto sopra risulta che talora si registrano indubbiamente dei rapporti tra fenomeni irritativi cronici e sviluppo di tumori maligni.

Ma nell'interpretazione di questi fatti, non vi è accordo tra gli AA. Così mentre Menetrier e la sua scuola sostengono che i processi infiammatori cronici (intesi in senso largo) siano la causa diretta e sufficiente della formazione del tumore maligno attraverso gli stadi di iperplasia, di ipertrofia, di alterati rapporti, non pochi sono quelli che ritengono essere i neoplasmi di origine parassitaria e che i processi infiammatori cronici debbano essere interpretati come cause predisponenti, preparatorie o fattori occasionali della patogenesi del tumore (Roncali). A conciliare queste due opposte interpretazioni di uno stesso risultato, mi pare di poter citare quanto ha scritto Roussy, sintetizzando i risultati dello studio sperimentale dei tumori e dell'importanza del fattore « *terreno* » nella comparsa del cancro da catrame nel topo. Egli dice: « Un identico fattore di cancerizzazione (il catrame) quando agisce su topi della stessa età, dello stesso allevamento, e talora anche della stessa nidiata, dà dei risultati differenti: una parte di questi animali resta indenne, un'altra dà dei tumori benigni, la maggior parte dà dei cancri. Questi risultati pongono in evidenza la differenza molto importante che esiste nelle condizioni di recettività degli animali di una stessa specie e l'importanza del fattore *terreno*.

Anche Dustin ha messo in rilievo l'importanza di questo fattore nello scrivere che: « la prima delle cause che provocano l'origine del cancro è il terreno, la seconda l'irritazione cronica, la terza probabilmente un virus sconosciuto o per lo meno mal conosciuto ».

Dalla scorta di queste 4 osservazioni e più ancora da quelle numerose note nella letteratura medica, mi sembra si possa sostenere che fra le alterazioni consecutive a processi infiammatori cronici e processi neoplastici, esistano dei

rapporti così importanti da farli ritenere strettamente legati tra di loro e tali da non costituire una evenienza accidentale, pur non costituendo, probabilmente, da soli la causa unica ed esclusiva del processo neoplastico.

BIBLIOGRAFIA.

ANGLESIO. *Contributo allo studio degli epit. svil. su les. cr. della pelle.* Min. Med. 1924, pag. 717.

BAYET e SLOSSE. *Le cancer arsénical,* Bull. Ass. FR. Étud. Can. 1919.

BUSCHI. *Adenocarcinoma impiantato su fistola stercoracea.* Riv. di Chir., anno I, fasc. 1.

BRANCATI. Archiv. e Atti soc. Ital. di chir. XXXIII.

CENTANNI. *I frutti delle nuove conquiste nella produzione sper. dei tumori.* Congr. Igiene Venezia 1923.

CORDONNIER e MULLER. *Traumatismes et tum. malig.* Pr. Méd. 1925-951.

DELBET. *Les tumeurs.* Trattato.

DUSTIN. *Du thimus au cancer,* Bull. Ass. Fr. Étude can. XIV-8.

FAROY. 3 *Cas de linite plastique: le rôle de la syphylis danz.* Arch. des Maladies de l'app. dig. et de la nutrition, luglio 1924.

FAURE. *Cancer du sein et traum.* Bull. Ass. Fr. etude Cancer 1918.

FERRARI. *Sopra un caso di carc. su cic. luposa.* Min. Med., 1924, pag. 203.

FOÀ-LUNGHETTI. *Tumori in generale.* U. T. E. T.

FICHERA. *Tumori: eziologia e terapia.* Torino 1911.

HUGUENIN. *Canc. aigu conséc. a brûlure par le mazout.* Ass. Fr. étude can., 1925.

LION. *Le cancer de l'estomac et de l'intestin.* Bull. Ass. Fr. 1918.

MARANGONI. *Irritazioni e infiammazioni croniche, come predisponenti a processi neoplastici.* Riv. Ven. 1913.

MENETRIER. *Le cancer.* Baillière Paris. 1926.

NICEFORO. *La statistica sanitaria demografica del cancro in Italia.* I convegno lega Ital. contro il cancro. 1927, Milano.

PINARDI. *La sifilide dello stomaco.* Min. Med. VI, pag. 632.

RONCALI. *Del modo come va intesa sulla fede dell'indagine sperimentale, l'eziologia e la patogenesi delle infezioni od infiammazioni carcinomatose.* Annali Ital. di Chir. 1923, pag. 42, 265, 699

RHEIN. *Le canc. par irr. mecc.* Presse méd. 1925, pag. 958.

SESSA. *Caso di epitelioma da radiodermite.* Osp. Magg. VIII, n. 6.

SCALONE. Arch. ed Atti Soc. Ital. di chir. XXXIII.

VILLATA. *Sul valore oncogenetico del trauma.* Pol., Sez. Chir., 1925.

RIVISTE.

Caffeismo e tèismo.

Il caffeismo ed il tèismo intesi come stati morbosi determinati dall'uso smodato del caffè e del tè, sono condizioni piuttosto rare.

È difficile che l'abitudine alle due bevande provochi un avvelenamento cronico che abbia analogie con altri avvelenamenti voluttuari, come quello da alcool, da morfina, da cocaina, e tanto meno provochi quel bisogno imperioso ed irresistibile di assumerne nuove quantità ed in dosi sempre crescenti, che caratterizza le dette intossicazioni.

L'uso moderato del caffè e del tè non è dannoso, e non è in genere neppur pericoloso come punto di partenza per abitudini viziose ed effettivamente pregiudizievoli per la salute.

Tuttavia la moderazione è sempre raccomandabile. Il caffeismo ed il tèismo acuto e cronico sono rari ma non impossibili. E se si son potute raccogliere parecchie osservazioni del genere quando l'uso del caffè e del tè era non molto diffuso, è a temere che la casistica possa diventare più abbondante oggi che l'uso di tali droghe si è fatto più intenso e si è approfondito in tutti gli strati sociali.

Oggi l'uso del caffè si è sparso in tutto il mondo, ed il tè una volta consumato solo nei paesi dell'estremo Oriente e del Nord, va ora conquistando le classi agiate di tutti i popoli civili.

Il caffè è costituito dal seme d'una rubiacea, la *Coffea arabica*, originaria dell'Abissinia e dell'Alto Egitto, dove vegeta spontaneamente. Fu dapprima coltivata dagli Olandesi a Giava. Attualmente si coltiva in quasi tutte le regioni tropicali di ogni parte del mondo, e sopra tutto nelle Indie occidentali, nel Brasile, nella Bolivia, in Arabia ed in Persia.

I semi sono contenuti in numero di due in una bacca polposa, ovoidale, grande e rossa come una ciliegia.

Il caffè verde ha una composizione varia a seconda le qualità. La percentuale media dei varî componenti è: acqua 8-12; caffeina 0,8-1,8; sostanze grasse 11,4-14,2; zucchero 5,8-7,8; cellulosa 16,6-42,3; azoto totale 1,1-2,2; ceneri 3,5-4.

La caffeina, l'alcaloide del caffè, è una trimetilxantina, derivato della purina, con formula $C^8 H^{10} N^4 O^2$. Si trova nei chicchi verdi come sale doppio di caffeina e potassio dell'acido cloroginico. Cristallizza con una molecola d'acqua in aghi setacei leggerissimi; è poco solubile nell'acqua fredda, solubile nell'acqua bollente, nel cloroformio, meno nell'alcool e niente nell'etere.

Con la torrefazione si sviluppa un'essenza, il

caffeone, al quale il caffè deve il particolare aroma.

La decozione o l'infuso in acqua bollente di caffè tostato, ha un'azione molto complessa in relazione alla complessità della costituzione chimica della droga e del modo di preparazione.

È ovvio che l'azione sarà più intensa quanto maggiore sarà la quantità di componenti passati nell'acqua. Hanno pertanto azione più intensa il caffè preparato alla turca e quello preparato con acqua la cui temperatura si mantiene a temperatura molto elevata per tutto il periodo della preparazione. Nel primo caso la polvere di caffè rimane sospesa nell'acqua calda e s'ingerisce così la droga nella sua composizione integrale: l'uso però di questa bevanda non si è molto diffuso, malgrado la facilità della preparazione, perchè non riesce a tutti gradita l'ingestione della polvere di caffè. La decozione di caffè ottenuta con acqua sotto pressione e a temperatura alta, per ottenere le quali occorrono speciali macchine oggi generalmente in uso nei bars, garantisce l'estrazione di una maggiore quantità di componenti, a scapito però dell'aroma, perchè una certa parte delle essenze si volatizza.

Generalmente si preferisce il caffè preparato con la macchina napoletana, con la quale si ottiene una sufficiente soluzione dei principi estrattivi e un buon aroma.

Una buona tazza di caffè agisce sull'organismo per una triplice azione: l'azione della bevanda calda, l'azione dell'aroma, l'azione farmacologica della caffeina.

È inutile insistere sull'azione tonica delle bevande calde. Una buona tazza di brodo, di semplice acqua zuccherata ben calda produce un senso di benessere essenzialmente migliorando la circolazione e la diuresi. È noto il detto popolare che il caffè si deve prendere bestemmiando, volendo con ciò affermare che esso deve essere così bollente da scottare la bocca.

L'aroma ed il gusto del caffè provoca una piacevole sensazione, che contribuisce validamente alla sua azione generale sull'organismo. Questi elementi variano notevolmente con la qualità del caffè adoperato, con la sua torrefazione, con il modo di preparazione.

L'azione farmacologica della caffeina è ben nota: accelera la circolazione e la diuresi, eccita i centri nervosi.

Per questo insieme di fattori una buona tazza di caffè agisce come eccitante generale, ristora dalla stanchezza, risveglia dalla sonnolenza, dal torpore, apporta lucidità, chiarezza delle idee, accelera i processi mentali, aumenta la resistenza al lavoro.

L'attitudine al lavoro muscolare è rinforzata, annullato o ritardato il senso di stanchezza. Fu perciò attribuito al caffè un valore alimentare, ma non è sostenibile che la quantità di sostanze azotate e gli idrati di carbonio contenuti in una tazza di caffè, e anche quelli che vi si aggiungono per edulcorarla, apportino un effettivo contributo energetico nutritivo. È più verisimile che il caffè ecciti l'attività neuro-muscolare e simultaneamente riduca il consumo organico, o meglio ancora che attutisca il senso della stanchezza così come sicuramente attutisce il senso della fame e della sete.

Per lo più produce insonnia, ma in molti individui abituati a prendere il caffè nelle ore serali non ha alcuna azione sul sonno, o anche lo accelera e lo rende più profondo.

Fa svanire lo stato di torpore e di stordimento prodotto dagli oppiacei e dai sonniferi in genere.

Non ha una decisa azione afrodisiaca, anzi in molti individui paralizza gli stimoli sessuali.

Accentua tutti i riflessi condizionali, rendendoli più stabili e meno soggetti all'inibizione.

La benefica eccitazione motoria, respiratoria, circolatoria, urinaria, intestinale e sopra tutto, cerebrale prodotta negli individui non abituati da una o due tazze di caffè, diventa patologica quando si aumentano le dosi, sorbendone più tazze o quando si fa uso di decozioni troppo cariche.

Si ha allora il caffeismo acuto o ebbrezza caffeica. Si ha tachipnea, angoscia con senso di costrizione toracica, tachicardia con palpitazione. Il polso diventa agitato, dapprima è teso, poi si fa piccolo, irregolare e si rallenta. La faccia è pallida, l'occhio brillante, la pupilla dilatata. Sopravvengono sudori abbondanti, vomiti, diarrea con tenesmo, ritenzione d'urina, cefalea, vertigini, ronzii, agitazione, tremori, titubazione, ed in qualche caso si sono riscontrate anche convulsioni coreiformi, crampi dolorosi, allucinazioni. Questo stato scompare a poco a poco, solo per qualche giorno persistono i tremori, le palpitazioni, l'eccitazione.

Il caffeismo acuto è raro, si verifica per lo più negli individui che eccedono e che non sono abituali consumatori di caffè.

Men raro è il caffeismo cronico prodotto dall'abuso consuetudinario. È più frequente nelle donne, in certe regioni rappresenta l'alcoolismo femminile.

È caratterizzato da un complesso di sintomi prevalentemente a carico dei sistemi nervoso, digerente e circolatorio.

Come tutti gl'incontinenti coloro che abusano di caffè hanno il sistema nervoso originariamente tarato, e quindi l'intossicazione ha facile

presa e determina sintomi nuovi caratteristici o l'accentuazione di precedenti disturbi.

Il caffeomane è pallido, magro, ha fisionomia invecchiata, triste, inquieta. Le pupille sono dilatate, lo sguardo mobile, l'occhio brillante contrastante con la tinta terrea del viso.

Soffre di violenti accessi di cefalea specie notturni, di nevralgie facciali e intercostali, di vertigini.

L'insonnia è ostinata, esasperante. Il sonno è breve, superficiale o agitato, disturbato da sogni e da incubi, da vivaci allucinazioni visive e uditive.

Dopo aver passato una notte così tormentata il caffeomane si leva dal letto in uno stato di profonda astenia e tristezza, in una condizione di depressione più grave di quella nella quale si trovava la sera precedente.

La giornata non è più tranquilla: il caffeomane è sempre irrequieto, iperemotivo, irritabile, collerico.

Malgrado l'aspetto e l'eretismo nervoso i processi mentali si svolgono con lentezza. Il caffeomane è tardo nel comprendere e lento nel rispondere. Apprende con difficoltà ed ha indebolita la memoria di fissazione e di rievocazione.

Il carattere subisce notevoli alterazioni: si ha depressione, pusillanimità, esitanza, estrema mobilità e impressionabilità.

Si sono registrati anche casi di accessi deliranti accompagnati da stati confusionali ed allucinatori.

Il corpo del caffeomane è agitato da trasalimenti muscolari, da tremori a scosse piccole e rapide limitate per lo più alle dita, e talvolta diffuse alle labbra ed ai muscoli della faccia ed in grado tale da disturbare la parola.

Spesso il tremore non è effettivo e costituisce solo un fatto subbiettivo, una sensazione di tremito non accompagnato da vere scosse muscolari.

I riflessi tendinei possono essere normali o leggermente esagerati.

Il paziente avverte parestesie varie, specie agli arti.

Di solito si ha iperestesia cutanea.

Molto frequente è il prurito localizzato all'ano, alla vulva, agli avambracci, alle gambe, alle coscie o alla parte superiore del torace. Questo prurito può essere intensissimo, ed il grattamento cui si abbandona il soggetto senza alcun ritegno in rapporto anche al suo stato mentale, determina gravi eruzioni lichenoidi o eczematose.

L'azione anafrodisiaca del caffè determina a lungo andare uno stato permanente di frigidità ed anche d'impotenza.

A carico dell'apparato digerente si nota: anoressia specie per gli alimenti carnei, bocca patinosa al mattino, senso di peso o di pirosi allo stomaco, eruttazioni frequenti, nausee, vomito, stipsi alternata a diarrea. Lo stomaco è dilatato e atono.

A carico dell'apparato cardio-vascolare si nota: palpitazione, tachicardia, aritmie, intermittenze, accessi d'angoscia, dispnea da sforzo; disturbi vasomotori, vampe di calore, iperidrosi, raffreddamento delle estremità.

La poliuria è quasi sempre abbondante.

In qualche caso si è constatato che questo complesso di sintomi sbocca in un vero stato di cachessia.

Una sintomatologia presso che analoga dà il tèismo.

Il consumo del tè una volta limitato ai paesi nordici, va ora diffondendosi anche nei paesi a clima temperato e caldo, sopratutto nelle classi sociali più elevate.

Sotto il nome di tè vanno in commercio le foglie della *Thea chinensis*, alberetto originario della Cina e del Giappone, oggi largamente coltivato anche nelle Indie inglesi, a Giava, nella America Meridionale ed in altri paesi caldi.

Le foglie di tè sono messe in commercio preparate in vario modo. Le varietà più usate sono il tè nero ed il tè verde.

Il primo, il più diffuso in Europa, si prepara disseccando dapprima le foglie con l'esposizione al sole per due ore, in modo che subiscono una fermentazione che le rende di colore scuro, poi sottoponendole ad una specie di torrefazione su lamine di ferro o di rame riscaldate al rosso. Questa cottura dura una mezz'ora e quando le foglie hanno preso una consistenza molle e vischiosa ed una tinta sempre più scura sono raffreddate distendendole su un tavolo, e quivi arrotolate. L'operazione si ripete più volte. Le foglie avvolte vengono poi tagliate sotto la forma posta in commercio.

Il tè verde, più usato in Cina, si prepara procedendo direttamente alla torrefazione ad una temperatura inferiore.

La sostanza attiva contenuta nelle foglie del tè è un'alcaloide della stessa composizione chimica della caffeina, di cui fu ritenuto un isomero, ed al quale fu dato il nome di teina.

Ulteriori studi hanno dimostrato che oltre che per la costituzione atomica l'alcaloide delle foglie del tè e l'alcaloide dei chicchi del caffè sono simili per l'azione chimica e farmacologica. Si tratta insomma di una medesima sostanza. L'alcaloide contenuto nel tè si continua a chiamare teina unicamente in riguardo alla sua origine.

Il tè fresco contiene il 12.9 % di teina, quello verde secco il 10.6 %, quello nero il 4.90 %. La perdita di teina subita dal tè nero sembra dovuta ad una ossidasi, che per un processo di fermentazione sdoppia l'alcaloide e fa cambiare colore alle foglie. Nel processo di preparazione del tè verde la torrefazione avviene direttamente; manca quindi ogni fermentazione e la teina è conservata nella quasi totalità.

Contiene inoltre grassi, gomme, destrina, olio essenziale, un altro alcaloide isomero della teobromina, la teofillina, olio essenziale, acido tannico in forte quantità (8-26.70 %).

Nelle ceneri si trovano vari minerali, tra i quali più abbondanti il ferro, il manganese ed il potassio.

Il profumo ed in gran parte il gusto del tè è dato dall'olio essenziale che vi si trova presente nella proporzione dell'1 % nel verde e del 0.60 % nel nero. Il profumo del tè cinese è dovuto spesso all'aggiunta di droghe balsamiche, come l'olea flagrans, la camelia sesangua, la magnolia julan, l'anice stellato, lo jasminum e altre piante.

Il tè si prepara immergendo le foglie sottilmente tagliate in acqua bollente. Le prime sostanze a sciogliersi sono la teina, la teofillina, le sostanze minerali e l'essenza. Si ha così in poco tempo un liquido biondo. Lasciando ancora a contatto il tè con l'acqua calda o versando altra acqua bollente la decozione si fa sempre più scura per una più abbondante soluzione dell'essenza e del tannino.

La preparazione del tè richiede una certa abilità ed esperienza. In genere è preferito quello di prima preparazione, che è un liquido di un bel colore biondo oro, leggermente aromatico, con sapore non forte, limpido. Per ottenere il tè limpido specie quando si adopera acqua molto dura, si suole versare acqua non bollente, riscaldata fino a che non si avveri la precipitazione dei carbonati terrosi.

Gli effetti del tè sono su per giù analoghi a quelli del caffè in quanto la prevalente azione generale è prodotta dal medesimo alcaloide.

Moleschott afferma che il caffè eccita la fantasia, mentre il tè eccita la ragione. Sembra però che questa differenza sia attribuibile unicamente alle differenti caratteristiche mentali dei popoli presso i quali si consumano prevalentemente le due bevande.

Una tazza di tè fatta con 5 gr. di foglie contiene 10 cgr. di caffeina, ossia una quantità pressoché uguale a quella contenuta in una buona tazza di caffè fatta con 15-17 gr. di caffè tostato.

Le differenze di azione vanno attribuite alla diversità di preparazione degli infusi ed ai componenti secondari che si trovano disciolti nello infuso.

Mentre il caffè ha un sapore generalmente più gradevole ed un aroma più forte e più inebbriante, il tè consente una più abbondante ingestione di acqua calda.

Per questa ragione il tè eccita meglio la diaforesi e la diuresi, la quale ultima è eccitata anche dalla piccola quantità di teofillina contenuta nell'infuso.

Oltre a ciò nel tè c'è una discreta quantità di tannino, che spiega i ben noti effetti astringenti.

L'avvelenamento acuto e cronico da tè ha una sintomatologia simile al caffeismo acuto e cronico.

Si deve aggiungere che per la presenza del tannino i consumatori intemperanti di tè vanno soggetti a caratteristici disturbi dispeptici. Cushny ha dimostrato una considerevole diminuzione degli enzimi e Pawlov una riduzione massiva della secrezione gastrica.

D'altra parte è stato notato che l'abuso del tè può essere causa di stipsi abituale.

Questi effetti sono meno evidenti quando si fa prendere il tè con il latte, perchè il tannino precipita con le albumine, o quando si usa l'infuso leggero e di prima preparazione, che contiene una più scarsa quantità di tannino.

Tutto sommato il caffè sembra meno dannoso del tè, sopra tutto quando questo è preparato in modo che l'infuso risulta sovraccarico di tannino.

Le indicazioni terapeutiche delle due droghe è varia: è preferibile il tè quando occorre una più abbondante ingestione di acqua e zucchero, eccitare la diaforesi, la diuresi ed ottenere un'azione astringente.

Il trattamento del caffeismo e del teismo consiste essenzialmente e semplicemente nella soppressione della causa. È preferibile abbandonare bruscamente l'abitudine. Ciò, è vero, può produrre qualche disturbo, cefalea violenta, stato depressivo, irrequietezza, astenia generale, debolezza circolatoria. Si tratta però di fatti di scarsa importanza dal punto di vista della salute generale e che scompaiono in pochi giorni.

È molto diffuso anche l'uso di sostituire il caffè con surrogati, che si trovano abbondanti in commercio. Gli infusi però preparati con questi surrogati spesso hanno solo il colore del caffè, ma non ne hanno il gusto e l'aroma.

È pratica migliore adoperare il caffè decaffeinizzato. I chicchi verdi con uno speciale procedimento chimico vengono in tutto o in parte liberati dalla caffeina. Con la torrefazione il caffè così decaffeinizzato acquista i caratteri di quello normale, ed il gusto e l'aroma non ne sono gran che alterati.

G. DRAGOTTI.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Semeiologia generale e modo di esplorazione del nistagmo.

(ROGER. *Arch. de Med., y Cirugia Esp.*, mar. 1928).

Il nistagmo è definito dalla maggioranza degli AA. seguendo l'esempio di Dejerine, come un tumore associato dei globi oculari. In realtà però non sempre tale concetto è mantenuto nei suoi veri limiti, estendendolo eccessivamente alcuni AA. restringendolo troppo altri.

Molti distinguono dal nistagmo spontaneo le *scosse nistagmiformi*, che compaiono solo nella escursione laterale o verticale estrema degli occhi. Esse infatti sono irregolari, variabili da un giorno all'altro, più piccole e più rapide che il vero nistagmo. Questo è in relazione ad un disturbo della funzione statica, quelle sarebbero dovute ad un disturbo della funzione cinetica. La differenziazione però, dal punto di vista clinico, non è sempre chiara e con relativa frequenza nelle affezioni del sistema nervoso, le scosse nistagmiformi non sono altro che l'inizio del vero nistagmo.

Varietà del nistagmo. — A seconda della forma, dell'ampiezza, della velocità, della direzione e della durata delle scosse muscolari, si possono distinguere diverse varietà di nistagmo.

1) Analizzando la scossa nistagmica, si vede che essa è formata da due fasi: una data dal movimento lento dell'occhio, che abbandona la posizione di riposo per dirigersi in un dato senso, l'altra brusca, non rappresentante altro che la reazione di ritorno e che dà al globo la sua posizione iniziale.

La scossa lenta è la più importante, semeioticamente, poichè l'altra non è che una reazione compensatoria. Essendo però questa la più visibile, la direzione di essa serve a designare il nistagmo. Oltre a questo tipo di N. occorre ricordare quello più raro, nel quale le due fasi hanno la stessa velocità: N. pendolare o ondulatorio.

2) Generalmente il nistagmo aumenta, quando l'infermo guarda nella direzione nella quale il N. è orientato. Si possono distinguere tre gradi: il primo quando il N. appare solo in una posizione estrema della visione, il secondo quando persiste nella posizione oculare diretta, il terzo, quando si osserva anche nella posizione oculare opposta.

3) Il numero delle scosse può variare da 50-80 fino a 250 al minuto. L'intensità e la rapidità del N. generalmente vanno d'accordo.

4) Si distingue un N. rettilineo ed un N. rotatorio. Quello rettilineo può essere orizzontale, più raramente verticale, chiamato anche frontale, eccezionalmente obliquo. Il N. rotatorio può essere orario o antiorario, a seconda che la rotazione è o no nel medesimo senso delle lancette dell'orologio.

5) A seconda della durata si distingue un N. transitorio che dura alcuni giorni, quasi sempre di origine periferica, ed un N. permanente quasi sempre in relazione con una lesione centrale.

Modo di esplorazione del nistagmo. — Il N. spontaneo, l'unico sempre patologico, può rilevarsi alla semplice vista o con l'aiuto di apparecchi.

I procedimenti di esplorazione labirintica moderni però hanno fatto conoscere tutta una serie di N. *provocati*, N. *artificiali* di Bard, N. *strumentali* di altri autori che si ottengono negli individui sani, ma le cui reazioni nell'individuo infermo hanno un'importanza capitale: N. *calorico, giratorio, galvanico.*

Fra queste due varietà di N., Barrè ha distinto una serie di N. *rivelati* che non esistono nelle condizioni abituali d'osservazione, ma che possono essere messi in evidenza mediante piccoli artifici, ad es. facendo girare gli occhi fino al limite estremo del campo dello sguardo (sinistra, destra), o facendo in modo che l'infermo converga. Tali N. debbono essere separati dai N. spontanei, ed anche il N. che si ha nei bruschi o nei lenti cambiamenti della testa, deve essere considerato come un N. rivelato.

Nistagmi spontanei. — Il N. spontaneo si osserva dapprima nella posizione diretta dello sguardo e poi facendo deviare l'occhio di 45° fino al lato dove gira il N.

Vari metodi ed apparecchi, sono stati proposti per rilevare questi nistagmi, ma in pratica sono poco utilizzati.

N. rivelati. — Secondo Barré sono nistagmi non evidenti nella posizione normale dello sguardo, ma che compaiono invece nella posizione estrema della visione o con la convergenza.

La convergenza, infatti, contrariamente a quanto si credeva, sembra sia capace di far comparire un N. (N. di convergenza) caratterizzato da scosse brusche, corte e scarse che appaiono irregolarmente mentre si avvicina o si allontana lentamente o rapidamente il dito al naso dell'infermo. Fra i N. rivelati si può classificare il N. per movimenti della testa o N. del movimento. Questo N. può osservarsi in due modi: sia con i movimenti bruschi che con i movimenti lenti della testa. Nel primo caso il N. è unilaterale

nelle affezioni periferiche. Quasi sempre è orizzontale rotatorio e dura da alcuni secondi a qualche minuto. Non può essere provocato ripetutamente.

Nei movimenti lenti della testa, il N. compare soltanto in una determinata posizione del capo, e si mantiene fintanto che permane detta posizione. Si riproduce ogni volta che si fa la prova, ma può accompagnarsi a vertigini in alcune posizioni, tanto che è stato chiamato il N. delle vertigini di posizione.

N. provocati o strumentali. — Questi nistagmi si possono produrre con la prova calorica, giratoria e galvanica.

Tali prove, eccitando i canali semicircolari, determinano una serie di reazioni che debbono studiarsi dapprima negli individui normali, le cui modificazioni hanno grande valore semiologico nei diversi stati patologici dell'apparato vestibolare (labirinto o vie centrali). Queste reazioni sono di tre ordini: 1) sensazioni subiettive particolari di arresto o di ritorno in un senso o nell'altro, che provoca uno stato vertiginoso; 2) movimenti reattivi che terminano nella contrazione di determinati gruppi di muscoli destinati alla statica. Fra questi movimenti riflessi i più importanti sono quelli dei globi oculari e in particolare il N.; 3) reazioni da parte delle funzioni organiche: vomito, abbassamento della pressione arteriosa, disturbi vasomotori.

N. calorico. — La prova calorica o di Barany è la più frequentemente usata. Si basa sulla eccitazione dei canali semicircolari mediante una modificazione brusca della loro temperatura. Generalmente fra l'acqua e quella fredda, si dà la preferenza a quest'ultima.

La tecnica primitiva di Barany consiste nell'iniettare con un vaso posto a 50 cm. d'altezza. 100 a 200 cmc. d'acqua a 270, stando l'infermo seduto, con la testa in posizione verticale, guardando lateralmente al lato opposto all'orecchio iniettato. Si tiene conto del tempo necessario perchè il N. compaia (30-40 secondi) e di quanto esso dura (100 secondi negli individui normali).

N. rotatorio. — La prova di Breuer si pratica con una sedia girevole intorno ad un asse verticale. Non ha grande valore in pratica (perchè difficile ad esplorare) il N. che sopravviene durante la rotazione: solo interessano il N. che si ha all'arresto brusco (N. postrotatorio). La rotazione deve ripetersi con un ritmo di 10 giri in 20 secondi. Gli occhi debbono essere chiusi o coperti da occhiali di vetro opaco per evitare le influenze visuali.

La rotazione del soggetto verso destra nel senso delle lancette di un orologio eccita il labirinto sinistro, mentre la rotazione antioraria eccita il labirinto destro. Questa prova ha un valore pratico molto inferiore a quella calorica.

N. galvanico. — La corrente galvanica formata da una batteria di 24 elementi aggruppati in tensione e provvista di un reostato e di un miliamperimetro, si porta, con 2 reofari di 3-4 centimetri di diametro, davanti al trago destro e sinistro, stando il soggetto seduto, con le braccia estese e lo sguardo fisso all'infinito.

Il passaggio della corrente determina dapprima un'inclinazione laterale della testa sopra la spalla fino al polo positivo, con allontanamento delle braccia situate nella posizione orizzontale, ed in seguito il N. generalmente orizzontale rotatorio, diretto verso il polo negativo, con la caratteristica, al contrario del N. calorico, di cessare immediatamente dopo la soppressione dell'eccitazione, cioè della corrente.

N. pneumatico. — Una piccola oliva od un tubo di caucciù si introduce nell'orecchio otturandolo bene, e si unisce ad una pera di gomma, che si comprime e decomprime lentamente. In alcuni soggetti anormali, in particolar modo eredo sifilitici e in alcune otiti suppurate croniche, si può vedere stabilirsi un N. orizzontale-rotatorio diretto in un senso nel momento della compressione ed in un altro nel momento della decompressione.

A. POZZI.

TISIOLOGIA.

L'alimentazione degli ammalati di tubercolosi nei sanatori.

(F. STROPPA. *L'Ospedale Maggiore*, 23 ott. 1927).

Il trattamento igienico-dietetico è universalmente ammesso e praticato come base della cura della tubercolosi polmonare. In esso ha certamente un'efficacia di prim'ordine l'alimentazione, in relazione alla cura ed alla prevenzione della malattia. La tubercolosi non è certamente, come altre malattie, la conseguenza *diretta* degli errori alimentari, ma questi possono preparare lo stato di debolezza sul quale essa s'impianta e si evolve. Invece, un'alimentazione sufficiente costituisce un ottimo coefficiente per prevenire la malattia ed è generalmente ammesso che un'alimentazione sana, sostanziosa e ricostituente ha benefica influenza sul decorso della malattia stessa.

Ci si deve anzitutto porre la questione del come debba essere l'alimentazione del tubercoloso, ricercando se un'alimentazione completa con un numero di calorie sufficiente per il sano, basti anche per il tubercoloso, oppure sia necessaria od almeno vantaggiosa un'iperalimentazione.

Fino a pochi anni fa predominava in molti sanatori la preoccupazione di aumentare per quan-

to fosse possibile il peso dei pazienti e come l'aumento di peso fosse considerato una misura sicura per il miglioramento delle loro condizioni. Si è invece riconosciuto che l'iperalimentazione, come metodo generale di nutrizione dei tubercolosi, non risulta utile, nè in base alle osservazioni cliniche, nè alle esperienze troppo scarse e contraddittorie, nè alle statistiche; essa può anche essere causa di non lievi danni.

L'aumento di peso, se può essere considerato come un indice di miglioramento, un elemento di prognostico, non è certamente un elemento di cura. Al principio dell'iperalimentazione è oggi sostituito quello di nutrire il tubercoloso semplicemente in rapporto con i suoi bisogni organici.

Ora, risulta che, per gli apiretici i bisogni non sono molto superiori a quelli dei sani: 45 cal. per kg. con 2 grammi di albumina in media sarebbero sufficienti per mantenere l'equilibrio azotato. La febbre sarebbe invece causa accentuata di perdita di azoto. Per quanto riguarda i sani, è noto che Robin ammette come caratteristico per i tubercolosi un aumento del coefficiente di demineralizzazione, mentre altri ritengono che, all'infuori dei periodi di dimagrimento, i tubercolosi si comportano come i sani. È però da osservare che se nel giudizio sui bisogni organici dei tubercolosi non si è ancora arrivati a risultati concordanti, lo si deve al fatto che nelle ricerche non si distingue abbastanza fra le diverse forme di malattia.

Per stabilire il regime di un tubercoloso, occorrerà tener conto delle sue condizioni, stato generale, funzionamento delle vie digerenti, febbre, ecc.

Nei pazienti senza febbre, nel 1° e 2° stadio, si tratterà per lo più di mantenere il peso del corpo od eventualmente di crescerlo un poco, ciò che si ottiene facilmente se il paziente ha buon appetito. Occorrerà una razione normale con sufficiente proporzione di albuminoidi. Ma nessun vantaggio si avrà in tali casi ad ottenere un ingrassamento (ciò che si ha spesso con le diete eccedenti di molti sanatori), anzi, nei casi in cui il paziente pesi più del normale, lo si dovrà impedire e, se esso è obeso, si dovrà fare una cura di dimagrimento.

Maggiori saranno le difficoltà nei pazienti febbricitanti, anche se si nutrono mediocremente. Si potranno però ancora dare cibi solidi (burro, carne, uova, patate, composta, ecc.) e, se opportunamente scelti, raggiungere un sufficiente valore energetico (50 cal. per kg.). Occorrerà eccitare l'appetito, variando specialmente i piatti di carne.

Negli ammalati con febbre ed in preda all'intossicazione tubercolare, il compito sarà ancor più difficile, essendo per lo più scadenti le forze, abbassata la secrezione gastrica e l'assorbimento intestinale. Si cercherà di mantenere in forza il paziente; occorrerebbero non meno di 70 cal. per kg. L'uso della carne sarà ostacolato dall'anoressia; i cibi solidi non si potranno dare che limitatamente e si dovrà provvedere con i liquidi. Se l'ammalato è fortemente dimagrito per fatti tossici, vinti questi, bisognerà procedere con grande cautela, evitando un brusco ingrassamento, per non sovraccaricare di lavoro gli organi digerenti.

Un ulteriore ostacolo è dato dalle affezioni laringee.

Il compito di impedire la forte diminuzione del peso e della energia è difficile, ma molto importante; spesso pazienti che hanno ancora sufficiente capacità respiratoria, minacciano di morire per denutrizione e per effetto di tossine.

Con le opportune cure, invece, si potranno in molti casi avere ancora notevoli risultati.

L'iperalimentazione non dovrà quindi essere considerata come un trattamento curativo per ogni caso di tubercolosi, ma dovrà essere applicata in determinati casi e per periodi di tempo limitati. Durante il restante tempo, l'alimentazione dovrà essere semplicemente sostanziosa, ricostituente ed adeguata ai bisogni dell'organismo.

In media e, malgrado le differenze individuali dovute a diverse cause, si potranno calcolare circa 40 cal. per kg. di peso.

COMPOSIZIONE DEL REGIME.

Per l'*albumina*, vengono indicati 2 grammi per kg. di peso; la deficienza può portare a gravi conseguenze, ma sarebbe dannosa la somministrazione di quantità elevate. Si darà in forma di carni e di latte

Assai utili saranno gli *idrati di carbonio*, che sono facilmente assorbiti e possono facilitare la funzione delle cellule. Una forma favorevole è data dallo zucchero, che però non dovrà essere dato ad alte dosi (100-200 grammi), poichè allora provoca anoressia e vomiti. Sotto altre forme, i carboidrati rendono necessaria l'introduzione di alimenti voluminosi, si dovrà quindi stare nei giusti limiti di 4-5 grammi per kg. di peso; si daranno soprattutto in forma di cereali e di patate.

I *grassi* sono alimenti di alto valore calorico e di digestione relativamente facile; però a dosi elevate producono disturbi digestivi. Si daranno in quantità di 1-2 grammi per kg., preferibilmente in forma di burro e di crema.

Non si daranno quantità abbondanti di *liquidi* (non oltre litri 1-1 e 1/2) poichè essi tendono a diluire i succhi digerenti, aumentano il sudore, ecc.

Il senso di sete sarà evitato limitando l'uso del sale e delle droghe. La scarsità del sale è anche consigliata perchè esso opererebbe antagonisticamente al calcio. L'alcool sarà usato con moderazione.

Si ammette generalmente come giovevole nella tubercolosi una alimentazione ricca di *vitamine*, ma in questo campo sono ancora troppo incerti i dati sperimentali e scarse le conoscenze cliniche. Tenuto conto che le sostanze minimali sono recate dagli alimenti più diversi, è la varietà alimentare che assicura la loro presenza ed il loro equilibrio, mentre l'alimentazione uniforme, con riduzione ad un limitato numero di alimenti protratta per qualche tempo, è causa per lo più di squilibrio nutritivo.

Anche i *sali minerali* sono da considerare come catalizzatori indispensabili, che entrano nella costituzione chimica dei diversi tessuti, ed è da ritenersi che la loro carenza provochi gravi alterazioni dell'organo di cui sono un costituente fondamentale e ne venga di conseguenza un grave disturbo di tutto l'organismo.

Ancora *sub judice* è la questione se sia conveniente e possibile apportare mediante un'adatta alimentazione un cambiamento di reazione nel corpo umano.

Da tenere in particolare considerazione nel trattamento dietetico sono i *disturbi dello stomaco e dell'intestino*, per la loro frequenza e per l'importanza che assumono nell'andamento generale della malattia.

Per quanto riguarda i disturbi dispeptici, è da notarsi che, in generale, la vita regolata e tranquilla del sanatorio ed una buona igiene alimentare attentamente e pazientemente sorvegliata dal medico vengono per lo più a capo di essi. Nel caso di ipo- od ipercloridria, che sono le forme morbose più comuni, si ricorrerà all'alimentazione ed alle cure del caso. Recentemente si è ottenuto qualche vantaggio, specialmente come cura ingrassante e contro l'anoressia, mediante l'insulina, la quale però in qualche caso avrebbe date reazioni di focolaio.

Nel caso di disturbi intestinali, si dovranno evitare i cibi che irritano il tubo digerente e facilmente putrescibili. La base della dieta sarà costituita dagli idrati di carbonio. Speciali regimi assai rigorosi occorreranno in particolari circostanze (tosse emetizzante, emottisi, ecc.).

L'A. esamina poi particolarmente le dietetiche dei diversi sanatori italiani ed esteri, osservando che in essi non si notano le grandi disparità che si hanno invece nei comuni ospedali. La composizione delle varie diete comuni per tubercolotici si presenta assai simile nelle linee fondamentali e non si scosta di molto dai princìpi sovra esposti.

La quantità di albumina è notevolmente superiore a quella ritenuta sufficiente per il sano, spingendosi fino ad un massimo di 180 g. (g. 2-3 per kg.); essa è per 2/3 di origine animale e per 1/3 vegetale.

Notevoli sono invece le differenze per i grassi, dei quali nei sanatori esteri si danno quantità assai elevate, oltrepassando in certi casi anche i 200 grammi, rispecchiando in complesso le abitudini dei vari paesi. Per gli idrati di carbonio si hanno quantità di 350-500 grammi, con cifre leggermente più elevate nei sanatori italiani.

Il numero delle calorie va dalle 3500 alle 5000.

Di notevole importanza sono anche il numero e la distribuzione dei pasti. Questi, nei sanatori esteri sono più numerosi che da noi (dove sono generalmente tre), in armonia anche con le abitudini locali; il sistema dei pasti numerosi presenta però l'inconveniente di sovraffaticare lo stomaco.

Minuziosi consigli fornisce l'A. sulla scelta degli alimenti e sulla composizione dei pasti, sui servizi di dispensa e di cucina e sul costo degli alimenti, argomento essenziale per una buona amministrazione dei sanatori, specialmente popolari.

È sommamente necessario curare una buona alimentazione nei sanatori anche perchè essa viene facilmente incolpata di ogni malefizio e di ogni disturbo che gli ammalati possono soffrire. Essa deve dunque essere oggetto delle attenzioni più scrupolose, oltre che nella composizione, nella preparazione e nel modo con cui i cibi vengono presentati. Attente cure si debbono inoltre rivolgere all'educazione alimentare dell'ammalato, correggendo le cattive abitudini viziate, lasciando ai pasti una conveniente durata, facendo fare la pulizia delle mani e della bocca.

Tutto quello che riguarda i princìpi dell'igiene e dell'economia alimentare deve quindi essere scrupolosamente considerato dal medico al quale è addifato il difficile compito della cura di ammalati di tubercolosi polmonare.

FILIPPINI.

L'immunizzazione antitubercolare col vaccino B. C. G. di Calmette e Guérin.

(NÉGRE. *Le Scalpel*, 1927, n. 47-48).

Per molte ragioni fu dovuto abbandonare il tentativo di vaccinazione antitubercolare con germi uccisi in vari modi e con le tubercoline.

Valendosi dei risultati di numerose esperienze basate sul fenomeno di Koch (in cavie tubercolizzate una seconda inoculazione a distanza di 4-6 settimane abortisce), Calmette e Guérin pen-

sarono di immunizzare l'organismo con il metodo della somministrazione per via orale di bacilli vivi, ma avirulenti, che provocano una infezione tubercolare benigna. La devirulentazione dei bacilli tubercolari essi ottennero con la cultura su patata in bile di bue glicerinata al 5%. Anche l'iniezione sottocutanea e intravenosa di questi bacilli provocava una immunità verso successivi apporti di bacilli virulenti nell'organismo. Tali ricerche vennero estese ai roditori, ai bovini, alle scimmie antropoidi. Gli animali così immunizzati, esposti a contagio accidentale o contagiati sperimentalmente, resistevano in modo efficace e duraturo alla infezione tubercolare.

Si pensò allora di estendere il metodo ai bambini; da una parte il pericolo di operare la introduzione di vaccino B. C. G. in bambini già infetti di tubercolosi, dall'altra la facilità con cui i germi costituenti il vaccino stesso attraversano la mucosa intestinale ed impregnano l'organismo del neonato, hanno fatto scegliere i primi giorni di vita come il periodo più adatto alla vaccinazione. Al 1° gennaio 1927, 21.000 bambini erano già stati vaccinati in Francia, costituendosi con questa cifra una estesa statistica che comprende il periodo di due anni e mezzo.

I rischi di morte per tubercolosi nel primo anno di vita dei nati da genitori tubercolosi ed esposti quindi al contagio sommano dal 20 al 70-82 % dei bambini, secondo le varie inchieste statistiche. Dopo il primo anno, i pericoli sono nella misura, infinitamente minore, dell'1.66 % circa.

Ebbene, la prima percentuale si riduce all'1 nei bambini vaccinati, la seconda non ha più ragion d'essere poichè dall'età di un anno in su non si sono avuti più decessi per malattie tubercolari!

Di qui risalta l'enorme importanza protettrice del B. C. G. contro gli effetti del contagio tubercolare, sopratutto familiare.

Quale la durata di questa immunità? Nei bovini essa è di 15-18 mesi, dopo dei quali un'infezione sperimentale riesce ad attecchire. Può darsi che sia più lunga rispetto al contagio naturale.

Calmette consiglia di rinnovare la vaccinazione alla fine del primo e del terzo anno di età. Tali rivaccinazioni si sono dimostrate inoffensive, e, sebbene l'assorbimento da parte della mucosa intestinale sia a queste età già ridotto, anche abbastanza efficaci.

Alcuni insuccessi registrati, come in tutte le vaccinazioni, non debbono esser posti al passivo del metodo. Poichè il periodo pre-immunitario è di circa tre settimane, può darsi che l'infezione tubercolare giunga prima della immunità.

È consigliabile quindi che i bambini siano per questo periodo isolati il più possibile dalle fonti di contagio.

Non si può inoltre escludere che il bambino possa essersi infettato *in utero*, nel qual caso la vaccinazione sarebbe, si comprende, oltre che inefficace, dannosa.

Obbiezioni circa i pericoli di un ritorno alla virulenza del vaccino sono smontate dalle lunghe e accurate esperenze negative in proposito.

Alcuni poi obbiettano che, perchè vi sia la resistenza alle reinfezioni, occorre la positività della reazione alla tubercolina; ora, questa reazione è spesso negativa nei vaccinati col B. C. G. Ma ciò si spiega ponendo mente che anche animali infettati leggermente perdono talora lo stato di allergia, senza per questo perdere la resistenza alle reinfezioni.

GARRONE.

La cura chirurgica della tubercolosi.

(FORGUE e MOURGUE-MOLINES. *Bull. de la Soc. des Sciences Méd. de Montpellier*: fasc. 9°, sett. 1927).

È un assioma dominante in tisiologia che ogni lesione tubercolare deve essere trattata con la messa in riposo dell'organo leso. Ciò vale anche per il polmone: il *pneumotorace* alla Forlanini è il metodo ideale per raggiungere ciò: oltre a questo mezzo esistono la *frenicotomia* e la *toracoplastica estrapleurica*. Le indicazioni della cura chirurgica, secondo gli AA. sono essenzialmente di competenza del tisiologo che solo può apprezzare se esistono gli estremi essenziali cioè: impossibilità di un efficace pneumotorace, unilateralità delle lesioni, resistenza generale conveniente. In Germania si tende oggi ad estendere le indicazioni della toracoplastica, trattando con essa dei casi iniziali che sarebbero giustiziabili col pneumotorace. Ciò non è giusto essendo questo ultimo oggidì semplice e facile e di una benignità riconosciuta, si deve fare la toracoplastica solo quando il pneumotorace totale o subtotale è impossibile. È indispensabile la unilateralità delle lesioni, questa nei casi antichi non può essere assoluta, ma almeno vi deve essere una unilateralità clinica e radiologica riconosciuta da uno specialista. Lo stato generale deve essere buono poichè lo choc operatorio è grave. L'ideale sarebbe di poter operare al Sanatorio.

Se la frenicectomia sola è raramente sufficiente, sembra che associata a un altro trattamento, essa costituisca un complemento non trascurabile, sia come tempo preparatorio della toracoplastica, sia per coadiuvare un pneumo incompleto. Sauerbruch la consiglia come *mezzo di prova della resistenza funzionale dell'altro polmone*. Circa la tecnica della frenicotomia, essa è molto semplice, si può eseguire con anestesia locale. Invece la toracoplastica è più grave. L'anestesia eterea è

controindicata nella tbc. polmonare. Il cloroformio è più nocivo ancora. L'anestesia loco-regionale è utile, ma è di rado perfetta. Boniot di Grenoble fa rapida incisione e dissezione del lembo cutaneo sotto rapida anestesia generale col cloruro di etile, e poi col controllo della vista bloccaggio successivo dei n. intercostali. L'atto operatorio che è senza dubbio assai choccante dovrebbe eseguirsi in due tempi. La maggior parte degli AA. adottano la toracectomia paravertebrale di Sauerbruch, e ritengono che la toracectomia deve essere *totale* cioè comprendere la resezione della 1ª costa, chiave di volta della cupola toracica. Questo è il tempo più delicato dell'intervento. Forgue dice che la toracoplastica ha una mortalità elevata, che il problema non è tanto di fissare la tecnica, il che è già fatto, quanto di precisare le indicazioni dell'intervento; sopratutto egli ritiene che la resezione della 1ª costa si possa risparmiare. Nella stessa seduta accademica parlò sull'argomento anche M. Gaussel: questi ritiene che si debba sempre cominciare con il tentare il pneumotorace artificiale. Se questo è realizzabile possiamo avere diversi casi: o esso basta da solo, e non c'è altro da fare, oppure esso è parziale, costale, il lobo inferiore risulta aderente al diaframma, vi sono delle lesioni della base, e allora è consigliabile tentare la frenicotomia. Se il pneumo risulta parziale, limitatissimo e dopo breve non si può continuare si può proporre la frenicotomia o la toracoplastica. Se il pneumo per quanto non totale si è potuto mantere vari mesi, tanto da migliorare notevolmente le condizioni generali e poi si deve interrompere per un versamento, è bene non fare altri interventi chirurgici potendo questi casi andare bene anche da sè.

Se (seconda ipotesi) il pneumotorace non è affatto realizzabile, se lo stato non è grave, l'evoluzione non rapida si tenti la frenicotomia, se lo stato generale dopo questa si migliora e il lato sano non reagisce si passerà alla toracoplastica in due tempi.

L. TONELLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

BARLOCCO A. *Clinica delle malattie dei reni. Patologia e Terapia medica delle nefropatie.* 1 vol. di 756 pag. con 70 fig. in parte a col. Un. Tip. Ed. Torinese, 1927. L. 85.

Quest'opera del compianto allievo prediletto del prof. Maragliano è frutto della grande competenza dell'A. sulla questione delle malattie renali, alle quali egli aveva dedicato la maggior parte della sua vita di scienziato.

La lettura di questo grosso volume impressiona subito per la profonda conoscenza della letteratura, per l'esperienza clinica e sperimentale e per la critica obiettiva con le quali l'A. tratta questo difficile argomento, sul quale tanto è stato scritto e discusso. Senza trascurare la conoscenza dei metodi d'indagine, prevalentemente chimici, per la valutazione del grado di sufficienza o meno delle funzioni renali, l'A., fedele seguace della scuola, ha seguito nella trattazione un indirizzo eminentemente clinico.

Il libro s'inizia con una parte generale: anatomia del rene, fisiologia, semeiologia urinaria, saggi di funzionalità renale, l'edema. Ad essa segue l'anatomia patologica delle nefropatie discendenti ed un capitolo dedicato alla classificazione delle nefropatie.

Mirabilmente descritte sono poi le affezioni renali ascendenti, le affezioni discendenti, le malformazioni renali; ed infine il volume è completato dalla descrizione ed indicazione delle varie terapie delle nefropatie e cioè quella fisica, quella medica e quella chirurgica.

A. P.

VEIL P. e CODINA-ALTES F. *Traité d'électrocardiographie clinique.* Vol. in-8º di pag. 448 con 197 fig. G. Doin e C. Paris, 1928. Fr. 95.

Scopo di quest'opera è quello di dimostrare ciò che la cardiologia deve all'elettrocardiografia e quanto questa possa essere d'insegnamento e di valido aiuto nello studio della contrazione cardiaca allo stato normale e patologico.

Oggi nessun cardiologo può fare a meno del metodo elettrico di registrazione cardiaca. Esso infatti non solo s'impone nello studio delle diverse aritmie, ma anche per le insufficienze cardiache è bene ricorrere all'elettrocardiografo, per stabilire più facilmente la diagnosi, determinarne il grado, fissarne il pronostico.

Gli AA. hanno eseguito le loro ricerche e i loro studi sotto la guida del loro maestro Gallavardin, inspirandosi largamente alla sua opera.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

A buona ragione perciò questo libro non deve mancare nella biblioteca di ogni medico che s'interessi di malattie di cuore. A. POZZI.

Nouvelle Pratique Thérapeutique Médico-Chirurgicale par BLECHMANN, CHABANIER, CHARRIER, CHEVALLIER, DEVRAIGNE, R. A. GUTMANN, ecc. 2 voll. in-8°, pag. 852 e 826, con 144 ill. Parigi, Gaston Doin, 1928.

Questo nuovo trattato di pratica terapeutica è dovuto alla penna di alcuni insigni specialisti delle cliniche e degli ospitali di Parigi, i quali hanno esposto, in quest'opera ampiamente condotta, la terapia di tutte le malattie della medicina e della chirurgia generale, della pratica ostetrica e ginecologica. L'ordine adottato è quello alfabetico dei nomi delle malattie. Ogni voce è stata trattata separatamente da uno specialista, ma ciò nondimeno e malgrado la vastità degli argomenti dei quali è fatta parola, l'opera nel suo complesso apparisce dettata con uno spirito eminentemente pratico e con una chiara visione delle necessità del medico, il quale potrà trovare in essa una guida sicura per risolvere nel modo più semplice e più rapido i quotidiani problemi che l'esercizio della professione gli impone. Ciò che è veramente originale in quest'opera, che si stacca dal tipo ben noto delle grandi enciclopedie di terapia, è la nota personale che ciascuno degli scrittori porta al suo argomento e l'esauriente disamina critica che egli fa dei vari mezzi terapeutici. Si può veramente dire che gli egregi autori sono riusciti a presentare ai medici pratici un trattato scientifico di facile consultazione che renderà possibile l'orientamento anche nelle più complicate questioni della moderna terapia. Particolarmente degni di nota ci sembrano gli articoli che trattano delle malattie degli organi digerenti, dovuti al dott. Gutmann, medico della Salpêtrière. Molte belle e chiare figure illustrano il testo e contribuiscono a rendere più pregevole questo bel libro, frutto di un lavoro diligente, nel quale importanti osservazioni personali e acuti giudizi critici si trovano felicemente raccolti e pianamente esposti. A. CASTIGLIONI.

S. G. ZONDEK. *Die Elektrolyte.* Ihre Bedeutung für Physiologie, Pathologie und Therapie. Un vol. in-8° di 365 pag. J. Springer ed. Berlin, 1927. Prezzo M. 24.

Gli elettroliti sono le sostanze che possono subire la dissociazione elettrolitica e, come tali, vanno contrapposte a quelle che, per il fatto di trovarsi in combinazione organica, non la subiscono. Sono elettroliti i sali di sodio, magnesio, potassio, calcio, mentre appartengono alla 2ª categoria il ferro, il silicio, lo iodio, ecc. Pure avendo queste ultime sostanze un'importante funzione nell'organismo, bisogna riconoscere che il dinamismo delle funzioni vitali è determinato dagli elettroliti; sono essi che regolano le funzioni cellulari mediante reazioni che avvengono con i colloidi e che producono quelle modificazioni dello stato colloidale che si manifestano nelle diverse funzioni dell'organismo. Si comprende quindi la fondamentale importanza che ha lo studio degli elettroliti per poter penetrare più addentro nel mistero delle funzioni organiche. E questa magistrale opera dello Zondek, dalla esposizione chiara, permette allo studioso di farsi un'idea esatta del complesso problema e di conoscere lo stato odierno della questione la quale non ha soltanto importanza per la fisiologia, ma anche per la patologia e la terapia. Per convincersene basta pensare al grande significato che ha il calcio del sangue in molti stati patologici, quali la tetania, la vagotonia, l'epilessia, ai disturbi del ricambio degli elettroliti nelle malattie renali, alla questione degli edemi che è, si può dire tutta dominata dagli elettroliti. E non minore è l'importanza di questi nei disturbi dell'ossificazione, nel rachitismo, nell'osteomalacia, nella gotta, nella fosfaturia, calcariuria, tutti stati in stretta connessione con le funzioni degli elettroliti e che vengono partitamente esaminati dall'A. in questo suo libro, del più alto interesse teorico e pratico.

fil.

NICAUD P. *L'Aspergillose pulmonaire.* G. Doin. édit. Paris, 1928, pag. 27. Fr. 12.

L'A., del quale sono conosciute le ricerche eseguite in proposito col Macaigne, espone nell'opuscoletto la questione dell'aspergillosi polmonare sia dal punto di vista clinico che anatomo-patologico.

Corredano il breve lavoro alcune figure e due tavole colorate mostranti le alterazioni aspergillari degli alveoli e delle arterie.

MONTELEONE.

L'Année Médicale Pratique, publiée sous la direction de C. LIAN. 1 vol. in-16° di p. 652. Editore: R. Lépine (rue Vézelay 3, Paris VIIIe); 1928. Prezzo fr. 14.

In 300 brevi articoli, di una o due pagine, disposti per ordine alfabetico, redatti da studiosi specializzati, sono raccolte le nozioni mediche più recenti e più pratiche.

Essi forniscono tutti i dati utili, eliminando la necessità di ricorrere alle fonti; tuttavia non mancano le indicazioni bibliografiche più importanti. Per non anchilosarsi nelle vecchie nozioni mediche, per tenersi aggiornati, giova scorrere ogni anno queste riuscitissime pubblicazioni.

Il volume attuale è presentato dal prof. Em. Sergent. P.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta dell'11 maggio 1928.

Sull'alcoolizzazione del ganglio di Gasser.

A. M. DOGLIOTTI. — L'O. ritiene che nel trattamento chirurgico delle nevralgie essenziali del trigemino si debbano seguire i seguenti criteri:

1) Nelle forme iniziali, fallite le cure mediche, conviene tentare in primo tempo l'iniezione di alcool nelle branche periferiche. Quando recidivano le nevralgie, si può ripetere l'iniezione. Qualora le recidive siano molto frequenti e le iniezioni sempre meno efficaci, come accade in una buona percentuale di casi, bisogna colpire il nervo più in alto.

2) Abbandonata la gasseriectomia, crede che non vi siano che due vie per troncare definitivamente la nevralgia: la radicotomia (sezione della radice pregangliare) o l'iniezione di alcool nel ganglio di Gasser. Sulla prima operazione non vi è tra noi sufficiente esperienza; sulla seconda, l'O., dopo un lungo lavoro preparatorio sul cadavere per acquistare una certa sicurezza nella tecnica, ritiene si possa raggiungere con relativa facilità, per via incruenta, il ganglio di Gasser. Tutti gli a. da lui trattati sono guariti (20 casi).

Nei casi in cui la nevralgia interessava le tre branche riuscì ad ottenere l'anestesia completa nel territorio del trigemino. Di 5 casi con anestesia delle tre branche, in tre ebbe ad osservare l'insorgenza di una cheratite neuroparalitica: di questi uno è guarito in poche settimane; al secondo residuò un lieve opacamento della cornea (perdita di 2/10 di visus), il terzo è in cura da due mesi e si avvia rapidamente a guarigione.

Riserva la neurotomia pregangliare a quei casi nei quali eventualmente non fosse possibile tecnicamente l'iniezione del ganglio o questa risultasse insufficiente.

Da ricerche su crani normali gli risulta che nel 30 % dei casi non è possibile penetrare nel foro ovale seguendo la via laterale per cui egli segue sempre la via antero inferiore (Ostwlad-Taptas-Hartel) che consente in ogni caso di penetrare nel foro ovale.

Prima di iniettare la dose di alcool (non superare mai i 2 cmc.) occorre accertarsi che non si è in un vaso sanguigno nè nello spazio meningeo.

Su un caso di leiomioma dello stomaco.

Prof. L. BOBBIO. — Espone un caso da lui osservato ed operato nella sua sezione chirurgica; la diagnosi di intervento era stata dubbia tra cisti del mesentere e cisti ovarica; il tumore raggiungeva il volume di una testa di adulto, era contenuta nel piccolo bacino e racchiudeva anche una grande quantità di sangue fluido. Fu necessario procedere alla resezione parziale della grande curvatura dello stomaco, per poter asportare il tumore.

Innesto autoplastico di coda in ratti neonati.

Prof. B. MORPURGO. — Presenta un preparato dal quale risulta che la coda che era stata innestata della lunghezza massima di un cm., a distanza di circa un anno misurò non meno di 5 cm. di lunghezza: la constatazione fatta in questo caso è notevolmente importante in quanto che si ebbe un aumento della coda malgrado l'assoluta mancanza di funzione.

Vie della sensibilità superficiale e della profonda per la faccia.

Prof. ROASENDA. — In casi di alcoolizzazione del ganglio di Gasser per nevralgia del trigemino, ha constatato disturbi nelle sensibilità superficiali o profonde. Nei casi in cui l'alcoolizzazione aveva provocato anestesie delle sensibilità superficiali (contatto, dolore, temperatura) nel territorio dipendente da una o due branche del trigemino, negli stessi territori erano presenti disturbi delle sensibilità profonde (pressione, vibrazione, mancanza di senso della posizione dei muscoli).

Egli constatò infine in un ammalato che aveva riportato una lesione della branca oftalmica del trigemino al punto di uscita del nervo stesso, alterazioni identiche delle varie forme di sensibilità.

Autori americani e francesi avrebbero invece constatato dopo neurotomie retro-Gasseriane che la sensibilità profonda era conservata e che mancava al contrario negli operati di sezione della radice sensitiva del trigemino, quando era stato leso anche il facciale. Tali AA. ritengono dunque che le vie della sensibilità profonda della faccia attraversino il nervo facciale.

Le ricerche presenti, di alcoolizzazione del ganglio di Gasser non appoggiano certamente questa teoria, ma dicono che almeno dal ganglio di Gasser fino alla periferia le vie delle varie forme della sensibilità attraversano le branche del nervo trigemino.

Globuline e lipoidi dei sieri e dei liquors nel meccanismo della reazione di Wassermann.

Dott. BOLSI. — L'O. riferisce che i lipoidi colesterinici, in qualunque modo isolati dai sieri, dai liquors e dalle frazioni di sieri positivi e poi cimentati nella reazione Wassermann in sospensione idroalcolica non hanno mai dimostrato la capacità di fissare il complemento in presenza di antigene. Essi hanno invece qualche volta dimostrato un potere autoinibente dell'emolisi, ma sempre lieve anche se i lipoidi provenivano da sieri o da frazioni di sieri negativi. I lipoidi isolati dai liquors non hanno mai rivelato alcuna azione sull'emolisi.

La reazione di Wassermann sui sieri, sui liquors e sulle frazioni di sieri positivi si è notevolmente attenuata in seguito all'estrazione dei lipoidi, ma a causa piuttosto della precipitazione di una parte delle globuline che per l'allontanamento dei lipoidi.

L'O. ritiene pertanto che mentre è da attribuire a modificazioni della frazione globulinica la

positività della reazione di Wassermann non si può invece assegnare ai lipoidi, a questa associati, alcuna influenza specifica, o per lo meno a quei lipoidi separabili con l'estrazione eterea o cloroformica.

G. VILLATA, *Segretario.*

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche.

Conferenze tenute il 9 marzo 1928.
Presidenza: Prof. R. GALEAZZI.

Cura della paralisi progressiva mediante l'inoculazione della malaria.

Dott. E. CUBONI. — Per l'inoculazione della malaria a scopo di cura nei paralitici progressivi si usa il Plasmodium vivax, ad esclusione dei due plasmodi (P. malariae; P. praecox) agenti della malaria quartana e della estivo-autunnale o subterzana, le quali ultime due forme presentano alle volte decorso clinico grave.

La malaria può venir trasmessa da uomo a uomo direttamente — impiegando cioè sangue di un individuo malarico — oppure mediante le zanzare anopheles che con particolari accorgimenti si possono far infettare di Plasmodium vivax e solo di esso.

Le febbri malariche inoculate differiscono dalla malaria naturale per la facilità con cui cedono ad un trattamento anche blando con chinino e per la non infrequente loro tendenza ad esaurirsi spontaneamente. In generale si ritiene che il numero di accessi sufficiente a provocare il risultato terapeutico nella paralisi progressiva sia di 8-12 elevazioni febbrili, trascorse le quali si somministra, per troncare la malaria, il chinino durante 7 giorni consecutivi, nella seguente modalità (Wagner-Jauregg): bisolfato di chinino, per bocca, gr. 0.50 due volte al dì per i primi tre giorni; poi gr. 0.50 al giorno per altri 4 giorni. Durante gli accessi febbrili è indicata la somministrazione di cardiotonici. Per raggiungere risultati terapeutici più considerevoli nei riguardi della paralisi progressiva è consigliabile di praticare, dopo la guarigione della malaria inoculata, una o più serie di iniezioni endovenose di arsenobenzolo.

Non è ancor accertato attraverso quale meccanismo la malario-terapia esplica la sua azione. Sono state volta a volta considerati come fattori di esso l'aumento della temperatura corporea, la iperleucocitosi, il miglioramento delle condizioni generali organiche che fa seguito alle febbri malariche, un antagonismo fra spirocheta pallida e plasmodium vivax, l'azione del medicamento chemoterapico che vien somministrato dopo troncata la serie degli accessi febbrili.

La terapia malarica in neuropatologia.

Prof. G. MEDEA. — L'O. comunica il risultato della sua esperienza, basata su numerosi casi trattati nella Divisione Neuro-patologica dell'Ospedale Maggiore di Milano e nello Stabilimento Biffi di Monza, ambedue diretti dall'O.

I casi trattati furono 94 di paralisi progressive, 25 di dementia praecox, 23 di forme neurologiche diverse (tabe, epilessia, sclerosi a placche, encefalite epidemica).

Si è quasi sempre servito della terzana primaverile (plasm. vivax) usando in genere l'inoculazione sottocutanea; ha fatto seguire di solito un trattamento arseno-benzolico.

Nella paralisi progressiva ha avuto remissione completa (con ritorno cioè alla capacità professionale anteriore alla malattia) nel 22 % dei casi; remissione incompleta di grado elevato (possibilità di un lavoro meno importante) nel 24 %, remissione incompleta di modico grado (possibile la vita in famiglia ma non il lavoro) nel 25 %; nei casi residui nessun risultato o peggioramento; in qualche caso (sono 14 in tutto) la morte.

Le morti riguardano esclusivamente i casi di paralisi progressiva e furono causate o dallo stato fisico del paziente (sitofobia, agitazione estrema, ecc.) o da fatti congestizi gravi. Da notarsi che scarsissimi risultati si ebbero nelle forme di paralisi giovanile. I vantaggi ottenuti nella tabe non sono certo da paragonarsi a quelli avuti nella paralisi progressiva; ma qualche volta si vide migliorare lo stato generale e sembrò di avvertire vantaggio riguardo ai fatti dolorosi; in un caso enorme vantaggio dal punto di vista dei fenomeni di alterato trofismo degli arti inferiori.

Nella paralisi progressiva si ottengono talora, oltre che nelle condizioni psisiche, miglioramento notevole nella disartria, nel tremore, nei fenomeni di alterato trofismo; mai osservai modificazioni dello stato pupillare.

Il liquido cefalo-rachidiano si modifica soprattutto riguardo alla linfocitosi che si riduce notevolmente e talvolta scompare. La Wassermann si fece negativa in circa un quinto dei casi; in un sesto circa dei casi divenne negativa (per p. p.) la reazione del benzoino colloidale; non posso affermare che esista un parallelismo assoluto tra le modificazioni cliniche e quelle del liquor.

Nella demenza precoce i tentativi fatti hanno dato in qualche caso risultati impressionanti che però non sono stati duraturi, tranne in due casi nei quali persiste ancora, dopo parecchi mesi, un certo miglioramento.

Venne provata anche la « ricorrente africana » (Spiroch. Dutton) e il « Duclkos » (Vaccino di Ducrey dell'ulcera molle) ma con risultato certo inferiore a quello della malaria.

Conclusione: Senza voler indugiarsi a parlare del tanto discusso meccanismo d'azione della malaria, senza poter riferire ancora dati personali sulle modificazioni anatomo-patologiche della corteccia cerebrale dei paralitici trattati colla malaria, si può affermare che le remissioni ottenute con questo trattamento (e in ciò ormai sono concordi gli AA. europei e americani), sono infinitamente più rilevanti, più duraturi, più frequenti di quelli che si osservavano prima della cura malarica, così che tale cura deve essere, a meno di speciali controindicazioni, applicata a tutti i paralitici. *Il Segretario*: Dott. E. ETTORRE.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del giorno 17 maggio 1928.
Presidente: Prof. GALLARANI.

Sopra un caso di splenomegalia atipica curato con la splenectomia.

LEOTTA. — L'O. dimostra un caso assai interessante e raro di splenomegalia atipica curato con la splenectomia: l'infermo operato nella R. Clinica Chirurgica dimostra, con le sue attuali buone condizioni di salute, l'importanza terapeutica della splenectomia in alcune forme di splenomegalia.

Gli scambi respiratori e la produzione di calore dopo la trasfusione di sangue nell'anemia post-emorragica e sperimentale.

ROSSI C. — L'O. riferisce su importanti risultati di ricerche sperimentali sugli scambi respiratori e sulla produzione di calore dopo la trasfusione di sangue nell'anemia post-emorragica sperimentale. Secondo l'O. la trasfusione non ha un valore di un innesto di sangue destinato a vivere ed a funzionare, ma questo viene rapidamente eliminato previa scissione.

Sulla collassoterapia mono- e bilaterale dei polmoni in gravidanza.

RONZINI M. — L'O. dopo aver passato in rassegna le vedute dei diversi AA. sulla influenza che la gravidanza possa esercitare sulle lesioni polmonari tubercolari attuali o latenti, ritiene che la condotta ostetrica più prudente in questi casi sia l'astensionismo ed una vigile sorveglianza dell'infermo, considerando queste come delle tubercolosi comuni trattabili quindi con tutti quei mezzi curativi di cui siamo soliti avvalerci. Prendendo in esame le questioni inerenti alle modificazioni dell'apparato respiratorio in gravidanza, mettendo in chiaro il fatto che queste sono di grado così lieve da non poter minimamente controindicare un trattamento collassoterapico. Illustra, col relativo radiografico, due casi trattati. Il 1° con pneumotorace a sinistra ed il 2° con frenico-exeresi a sinistra e pneumotorace a destra: in tutti e due il decorso della gravidanza fu normale e così pure il parto e il puerperio, mentre i fatti polmonari regredirono al punto che per il 1° caso si potè parlare di guarigione clinica a distanza di due mesi dal parto.

Conclude ritenendo che la interruzione della gravidanza debba essere riservata solo a quei casi in cui risulti indubbio il rapporto di causalità (e non di coincidenza) e aggregamento delle lesioni polmonari. Per tutti gli altri casi la collassoterapia, condotta con prudenti accorgimenti, è sempre praticabile e compatibile con la gravidanza e col puerperio fisiologico.

Ricerche intorno al ricambio intermedio dei grassi.

CASSANO C. — L'O. riferisce intorno ad un complesso di ricerche condotte su ammalati portatori di lesioni epatiche.

Egli ha seguito il comportarsi della lipemia nelle varie fasi della giornata, ed ha potuto così tenere dietro alle variazioni del tasso lipemico e lipoidemico, specialmente per quanto riguarda i diversi coefficienti acidi grassi totali-lecitine-colesterine e grassi neutri-lecitine.

Dominavano la scena del turbato ricambio intermedio dei grassi un più lento consumo dei grassi neutri, una insufficiente acido-lisi ed un eccesso di eteri colesterinici.

L'O. si sofferma ad interpretare questi fatti i quali appaiono strettamente collegati all'insufficienza epatica.

Concludendo l'O. afferma che le lesioni funzionali del fegato nel campo del metabolismo dei grassi si rivelano con la più ricca varietà di forma e che partendo da un caso all'altro si incontrano sempre nuovi quadri di turbato bilancio.

Le cifre ottenute per il loro valore assoluto e per quello particolare che hanno nel confronto con gli altri dati per le varie ore e per le varie specie di lipoidi sono valsi a far meglio penetrare nella conoscenza di alcuni meccanismi del ricambio intermedio dei grassi.

Contributo sperimentale allo studio dell'antagonismo funzionale tra surreni e pancreas.

QUARANTA L. — L'O., a mezzo dei raggi Roentgen, ha eccitato la compromessa funzione delle capsule surrenali in due soggetti affetti da morbo di Addison e la funzione pancreatica in un ammalato con diabete mellito.

Ha preso in esame alcuni valori esponenti della funzione delle ghiandole compromesse e cioè curva pressoria, tasso colesterinico del sangue, glicemia, glicosuria (per il diabetico) e crasi sanguigna. Seguendo le modificazioni verificatesi a carico di questi valori 1, 2, 3 e 12 ore dopo le irradiazioni, ha potuto concludere che una indubbia esaltazione della funzione dei surreni negli addisoniani, si è accompagnata ad una inibizione della funzione insulinica, mentre il fatto diametralmente opposto si è verificato nel diabetico. Il metodo, del tutto originale, dall'O. adoperato ha portato a conclusioni che suffragano i concetti oggidì sostenuti da diversi ricercatori circa un antagonismo funzionale tra capsule surrenali e isole del Langherans.

Queste conclusioni sono ugualmente dimostrative per l'importanza delle capsule surrenali come organi produttori dei lipoidi del sangue.

Contributo allo studio delle malformazioni congenite dell'intestino.

BAGNARESI G. — L'O. illustra un caso di inversione intestinale consecutivo ad un arresto di sviluppo nel terzo mese circa di vita intrauterina.

All'esame radiologico si riconobbe l'anomalo decorso del duodeno che si dirigeva a destra sotto al fegato ove incontrava il digiuno con cui si continuava. Tutto l'intestino tenue occupava la metà destra dell'addome, mentre il colon era dislocato a sinistra della colonna vertebrale. L'anomalia si complicava con una dolicocolia riscontrata a carico del colon trasverso.

Una serie di radiografie dimostra la malformazione congenita.

Dei processi pericolitici insorti in seguito ad una gravidanza avevano complicato la malformazione determinando nella inferma una sindrome clinica complessa in cui predominavano sintomi vagotonici unitamente a dolore ed a decadimento generale. *Il Segretario*: Dott. L. QUARANTA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

I traumi psichici nella patogenesi del morbo di Basedow.

Bram (*Endocrinology*, marzo-aprile 1927) ha studiato 3343 casi di morbo di Basedow dal punto di vista dei fattori predisponenti e determinanti in relazione sopratutto al temperamento ed alle influenze psichiche. Nell'85 % dei casi ha trovato che la causa determinante della malattia è un trauma psichico, e che la predisposizione o terreno sul quale detta causa agisce è in rapporto ad una costituzione peculiare generalmente ereditaria e talvolta acquisita.

Gli elementi concorrenti alla costituzione particolarmente suscettibile al gozzo esoftalmico sono:

1) alta cerebralità con vivacità mentale superiore alla media;

2) instabilità emotiva;

3) cuore eccitabile con polso labile;

4) atassia vasomotoria caratterizzata dal dermografismo, anomalie della sudorazione e del calore superficiale;

5) occhi scintillanti che durante la conversazione e nello sforzo di attenzione possono dare l'impressione di esoftalmo;

6) alterazioni della consistenza della tiroide rilevabile alla palpazione senza però che vi siano modificazioni di volume.

Individui con questi caratteri si trovano da per tutto, ma più specialmente nelle popolazioni civilizzate, nelle quali la mentalità è maggiormente sviluppata.

Dal punto di vista psicologico la principale caratteristica di questi individui è data dall'abnorme abbassamento della soglia delle reazioni emotive. Tali individui vanno soggetti al morbo di Basedow in quelle situazioni nelle quali l'integrità personale corre serio pericolo, e che scatenano una serie di violente emozioni. In una battaglia, in un terremoto, in un naufragio, in un sinistro ferroviario, alcuni, passato lo spavento, riacquistano completa ed integra la padronanza su stessi, in altri invece improvvisamente o gradatamente vanno delineandosi i sintomi caratteristici del gozzo esoftalmico: sguardo fisso, palpitazione di cuore, tremori, pelle umida, insonnia, emotività esagerata, rapida diminuzione di peso.

Altre forme di traumi psichici acuti sono provocate dallo shock mentale che si ha in occasione di operazioni di chirurgia minore, come la tonsillectomia, interventi sul naso e simili. Nei soggetti predisposti si può avere lo sviluppo di una sindrome basedowiana. Da ciò la necessità che i candidati a tali operazioni siano preventivamente esaminati dal punto di vista neurologico e che, potendo, si pratichi l'anestesia generale anzi che quella locale.

Il parto con tutte le preoccupazioni che dà, per i dolori che l'accompagnano costituisce un trauma psichico e può essere la causa determinante di un gozzo esoftalmico, mentre la gravidanza al riguardo è per se stessa innocente.

I dispiaceri, le contrarietà, le apprensioni e simili costituiscono cause subacute della malattia, ma hanno nell'etiologia del morbo di Basedow una minore importanza.

L'alta tensione psichica che impone all'uomo la moderna civiltà con le sue automobili, i suoi areoplani, i suoi assassinî, la sua musica e le sue danze quanto mai eccitanti e spossanti, le sue gare sportive sanguinose, determina squilibri improvvisi e ripetuti del sistema neuro-endocrino, e spiega pertanto l'aumento notevole e progressivo della morbosità per gozzo esoftalmico.

DR.

L'importanza della parotite epidemica nella etiologia del diabete.

E. Gundersen (*The Journ. of Infect. Dis.*, n. 3, 1927), dopo aver ricordato che sull'origine del diabete nei giovani hanno grande influenza le malattie infettive (scarlattina, tifo, ecc.), si sofferma a parlare dei rapporti che intercorrono fra la parotite epidemica e il diabete. Egli ha constatato quasi costantemente che nella anamnesi di individui giovani sofferenti di tale malattia si ritrova la parotite epidemica da cui sono stati affetti pochi anni prima.

Il virus della parotite sarebbe capace di produrre una pancreatite inflammatoria cui seguirebbe l'atrofia del pancreas, donde le forme di diabete gravi ed a rapida evoluzione, che si riscontrano nei giovani.

f. v.

Diabete mellito e gravidanza.

Per molti anni il diabete fu ritenuto come una delle più serie complicazioni della gravidanza. Oggi per quanto sia stato stabilito che la sua gravità fu certo un poco esagerata, tuttavia esiste una grande divergenza di opinioni nei rapporti

tra diabete e gravidanza. Vi sono con tutto ciò dei punti sui quali si è generalmente d'accordo: solo un piccolo numero di donne diabetiche restano gravide e di queste molte abortiscono o partoriscono prematuramente.

L'idramnios sembra che sia una complicazione frequente e la presenza dello zucchero può essere dimostrata nel liquido amniotico.

H. J. Stander e C. H. Peckham (*Amer. Journ. of Obstetr. and Gynec.*, vol. XIV, n. 3, 1927) hanno studiato il metabolismo di malate diabetiche durante il corso di ripetute gravidanze ed anche dopo il parto.

Dalle loro osservazioni e ricerche si può dedurre che nelle donne diabetiche gravide la prima metà della gravidanza è il periodo più precario per il feto e quello durante il quale la madre ha il minor benefizio dalla gravidanza stessa. Nella seconda metà all'incirca della gravidanza, in ogni modo verso il 5° mese, il ricambio degli idrati di carbonio migliora notevolmente nella madre e continua a migliorare fino al parto. Le malate studiate dagli AA. giunsero al parto senza zucchero nelle orine e con tasso di zucchero nel sangue normale.

È necessario affinchè le donne possano in alta percentuale giungere fino al termine della gravidanza e partorire un feto vivo senza aggravamento delle condizioni del diabete non solo, ma anche con miglioramento, che esse siano tenute sotto prudente sorveglianza e della dieta e delle condizioni dello zucchero nel sangue e nelle orine. Se occorrerà si ricorrerà anche a cura insulinica.

Il miglioramento di cui si è parlato può essere dovuto all'azione dell'ormone pancreatico fetale, ad una eccessiva utilizzazione dei carboidrati materni da parte del feto, oppure a qualche scambio ancora sconosciuto che avviene nel metabolismo materno dei carboidrati negli ultimi mesi della gravidanza e che fa sentire i suoi benefici effetti anche durante i primi mesi dell'allattamento.

VICENTINI.

TERAPIA.

L'azione diuretica degli acidi biliari.

In base a ricerche sperimentali e cliniche sull'azione degli acidi biliari Lebermann (*Deut. mediz. Woch.*, 25 nov. 1927) giunge alle seguenti conclusioni:

1) Nei soggetti a funzionalità renale e cardiaca integra, l'azione degli acidi biliari sulla diuresi è nulla o passeggera.

2) Nei casi di ritenzioni liquide di origine renale, la loro azione è limitata.

3) Gli edemi cardiaci, al contrario, sono assai nettamente influenzati e l'eliminazione liquida è favorita dall'ingestione o dall'iniezione delle specialità adoperate (Decholin, Felamin).

4) La diuresi provocata, aumenta con l'iniezione endovenosa di Decholin, mentre è poco influenzata dal Felamin per os, tanto nei soggetti ben portanti che nei renali.

Al contrario, per i cardiaci scompensati, l'azione dei 2 medicamenti sembra essere quasi uguale: il Felamin agendo su tutte le sostanze solide disciolte, il decholin favorendo l'eliminazione acquosa.

5) L'azione diuretica di queste sostanze, certamente superiore a quella della diuretina, è uguale a quella del novasurol, senza presentare alcuno degli inconvenienti di questo medicamento.

L'A. per conseguenza raccomanda il loro uso per favorire la diuresi nei cardiaci resistenti ai medicamenti abituali.

A. POZZI.

Consigli per il medico pratico nell'incontinenza dell'urina nell'uomo.

L'incontinenza di urina, osserva G. Pleschner (*Wiener klin. Wochenschr.*, n. 41, 1927), può essere permanente o temporanea. È permanente se un calcolo o un villo papillomatoso si spinge nell'anello sfinterico in modo da lasciar defluire l'urina ma da impedire la chiusura dello sfintere. In altri casi lo sfintere è leso nella sua funzione in seguito a traumi; oppure esso è distrutto da processi infiammatori o neoplastici.

Di fronte a questo gruppo di incontinenze permanenti sta un gruppo più importante di incontinenze relative. Si può osservare incontinenza relativa anche a vie urinarie normali: un forte stimolo ad urinare per la ripienezza della vescica e una diminuzione dell'impulso volitivo possono determinare la minzione involontaria (abuso alcoolico, narcosi). In altri casi alterazioni dell'uretra posteriore o del collicolo costringono i pazienti all'emissione involontaria di urina. Pazienti affetti da stenosi uretrali spesso emettono involontariamente una piccola quantità di urina dopo la minzione normale: l'urina che si era raccolta nella parte dilatata dell'uretra posta a monte della stenosi. Altre volte la vescica ha una scarsa capacità così da determinare l'incontinenza per la sua facile ripienezza (vescica raggrinzita tubercolare, vescica con esiti di pancistite). Praticamente il gruppo principale di incontinenze è quello funzionale: disturbi funzionali dello sfintere nell'ipertrofia della prostata e in affezioni del sistema nervoso centrale. Nell'ipertrofia prostatica si osserva in-

continenza nel primo stadio (il paziente si deve abituare alle nuove condizioni locali create dallo sviluppo dell'adenoma periuretrale) e poi di nuovo nel terzo stadio (iscuria paradossa). Le malattie del sistema nervoso centrale determinano incontinenza di solito in uno stadio avanzato.

POLLITZER.

Trattamento della ritenzione delle orine post-operatoria.

Vari metodi sono stati proposti per combattere la ritenzione delle orine post-operatoria.

Butureanu e Burghele (*La Presse Médicale*, 1927, n. 93), li raggruppano in tre classi: quelli che hanno per scopo la stimolazione neuro-gangliare, come la istillazione in vescica di glicerina borica; gli agenti peristaltici (solfato di chinino, pituitrina, pilocarpina, urotropina ecc.); infine la cura psichica per mezzo della somministrazione di bleu di metilene per bocca o di sostanze innocue introdotte nelle vene.

Gli AA. hanno ottenuto i migliori risultati dalla stimolazione neuro-gangliare ottenuta mediante introduzione in vescica di glicerina borica al 20 %.

Le instillazioni debbono farsi il più precocemente possibile se si vuole avere una altissima percentuale di successi.

Introdotto un catetere in vescica si lasciano uscire alcuni centimetri cubici di orina, indi si instillano circa cmc. 20 della glicerina borica. La minzione spontanea avviene di solito dopo un tempo variabile fra cinque e quindici minuti.

f. v.

L'eliminazione dell'urotropina.

L'urotropina è largamente usata nelle affezioni purulente delle vie urinarie, con risultati non sempre concordi. La sua azione sarebbe da attribuirsi al fatto che essa si scinde in ammoniaca e formaldeide; quest'ultima, a sua volta, esercita l'azione disinfettante. Altri invece attribuiscono l'efficacia alla stessa urotropina e tale opinione va facendosi sempre più strada.

Qualunque sia il modo di azione, è interessante conoscere in quale stato arriva l'urotropina alle vie urinarie secondo le diverse vie di somministrazione. È agevole comprendere che, introducendo l'urotropina per via orale, essa deve già incominciare a subire delle modificazioni nello stomaco; con un pH di 2, quale si trova nel succo gastrico, il 25-53 % dell'urotropina si trova già scissa dopo un'ora. R. Volt (*Münch. med. Wochen.* 4 nov. 1927) ha dimostrato che, nel succo gastrico, già dopo 15 minuti dalla somministrazione di urotropina, si ha positiva la reazione della formaldeide, che va facendosi sempre più forte e raggiunge il massimo dopo un'ora e rimane positiva anche dopo due. La scissione è tanto più forte quanto maggiore è l'acidità del succo gastrico. Appare così evidente che buona parte della formaldeide viene perduta, in quanto che essa deve certamente subire ulteriori modificazioni da parte dello stesso succo gastrico.

Migliori sono indubbiamente le condizioni quando si introduca l'urotropina per via endovenosa. Lo stesso A. ha però dimostrato che, anche in tal modo, viene eliminata della formaldeide dallo stomaco, dal fegato e dai reni, sicchè non tutta l'urotropina raggiunge i reni.

Dal punto di vista pratico, si deve concludere che sarebbe necessario somministrare delle dosi di urotropina quanto più elevate possibile per sopperire alle perdite e che, anche introducendola per via endovenosa, non si è sicuri che essa raggiunga in totalità il rene. Il modo migliore di portare al bacinetto renale ed alla vescica l'urotropina in soluzione concentrata è quello dell'introduzione diretta.

fil.

Formulario.

Contro l'albuminuria.

Siguret prescrive: Cloruro di calcio g. 15; Sciroppo di scorza d'arancio amaro g. 60; Sciroppo di chinina g. 150; Acqua distillata g. 300.

Se ne danno 1-3 cucchiaini per i bambini e 3 cucchiai per gli adulti. P.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Quesiti d'infortunistica. — Al dott. E. G. da B. M.:

I. Negli infortuni degli operai delle industrie il capo o esercente dell'impresa è obbligato a sostenere la spesa per le prime ed immediate cure di assistenza medica e farmaceutica e per il certificato medico (art. 9 *ter* Legge 1904 e successive modificazioni). L'art. 15 del Regolamento specifica che per prime ed immediate cure si intendono quei soccorsi di urgenza che è necessario vengano *subito* apprestati all'operaio, ivi compresa la prima medicazione fatta dal medico, il conveniente accompagnamento ed il trasporto del ferito finchè esso non sia costituito in condizioni normali di cura.

Negli infortuni in agricoltura l'art. 85 del Reg. prescrive soltanto all'esercente l'azienda l'ob-

bligo di fornire tutti i mezzi a sua disposizione per far trasportare l'infortunato al luogo dove possa ricevere le prime immediate cure, od anche per far venire il medico al luogo dove l'infortunato si trova, qualora questo sia intrasportabile.

II. Tutte le prestazioni date da un medico all'infortunato, le quali non rivestano i suddetti caratteri di pronto soccorso immediato ed urgente, sono a carico dell'assicurato, secondo le tariffe locali; a meno che non si tratti di medico-condotto avente l'obbligo di prestargli assistenza gratuita, o di ospedali tenuti per i loro statuti all'assistenza pure gratuita.

S. DIEZ.

VARIA.

Dimostrazione di campi elettrici intorno al corpo.

F. Sauerbruch e W. O. Schumann (*Münch. Med. Woch.*, n. 16, 1928) da più di 3 anni hanno studiato la questione della possibile presenza di effetti elettro-magnetici intorno agli esseri viventi.

Non fu possibile assodare l'esistenza di campi magnetici, mentre invece, con l'aiuto di speciali apparecchi intensificatori di resistenze, assai sensibili, riuscirono a porre in evidenza dei campi elettrici.

Gli effetti di tali campi furono rilevati fino alla distanza di più di 2 metri dalla piastra di recezione.

Tutte le fonti di errore furono eliminate per mezzo di una serie di prove di controllo.

Si è quindi riusciti, senza derivazione immediata attraverso allo spazio, di afferrare manifestazioni elettro-fisiologiche intorno ai corpi.

Alle oscillazioni registrate del campo elettrico sono in rapporto, assai verosimilmente, variazioni di carica nella cute e nelle formazioni annesse. Nulla si può tuttavia ancora dire di decisivo circa l'origine di queste azioni elettriche. Probabilmente si tratta di un effetto cumulativo, che si riannoda alla eccitabilità elettrica della cute, descritta da Gildemeister e Tarchonoff, ed agli effetti delle correnti di azione.

I campi di azione elettrica del corpo umano sopra un elettrometro a quadrante, descritti da Heydweiller nel 1902, rappresentano un fatto fondamentalmente diverso.

La rappresentazione grafica del fenomeno è data da tracciati, di cui alcuni dimostrativi sono riportati dagli AA. nel loro lavoro.

In un tracciato viene così illustrata l'ultima fase di un crampo da stricnina in un coniglio, mentre altri illustrano la localizzazione degli effetti in una mano in attività.

Non si può ancora prevedere quali e quanti progressi saranno apportati nel campo fisio-patologico da questi nuovi studi. Si tratta comunque di argomento degno della massima attenzione, di cui conviene precisare la metodica della ricerca.

M. FABERI.

Lo slancio vitale in Italia.

P. Houry in un suo recente libro (1) si occupa dello slancio vitale considerandolo come causa ed effetto della fede dei popoli nella loro forza e nei loro destini. « L'esempio dell'Italia — egli scrive — illustra in modo mirabile l'efficacia di questo elemento spirituale. Le cifre della natalità presso la nostra sorella latina è molto superiore a quelle che converrebbero al suo tasso di mortalità. Il numero dei matrimoni non ha alcuna influenza sul fenomeno: esso è basso. È la mortalità che è bassa. Felice popolo che è giunto ad uno stato di civiltà vittorioso della morte, creatore della vita ».

Gli automobili negli Stati Uniti.

L'Ufficio di viabilità di Washington ha reso noto che negli Stati Uniti durante il 1927 figurarono registrati 23.127.315 automobili, ossia 1 ogni 5,13 persone; rispetto al 1926 si è avuto un aumento di 1.125.922, ossia del 22 %; gl'introiti per licenze e tasse hanno raggiunto 301.061.132 dollari (ossia circa 6 miliardi di lire it.).

(1) P. HOURY. *Pour que la France vive.* Edition de l'Alliance Nationale.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CIOTOLA ENRICO. *Fenomenos de reunion de los globulos rojos en rollos de monedas y en aglomerados irregulares velocidad de sedimentacion de los globulos rojos.* — Lima, Imprenta Americana, 1928.

MANTOVANI GUIDO. *L'igiene della stirpe.* — Milano, C. Zerboni, 1927.

ID. *A congresso con gli Idrologi.* — Milano, C. Zerboni, 1927.

ID. *Medicina e Sport.* — Milano, C. Zerboni, 1927.

ID. *Il medico in Libia.* — Milano, C. Zerboni, 1928.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per un regolamento ospedaliero unico.

Il Commissario Prefettizio dell'ospedale S. Biagio di Domodossola il 7 aprile u. s. ha bandito il concorso per il posto di chirurgo primario, includendo, fra i documenti da presentarsi, il certificatò di libera docenza in patologia chirurgica o in clinica chirurgica, oppure in medicina operatoria.

Presso tale ospedale affluiscono gli infermi dei comuni dell'Ossola, con una popolazione di oltre 70.000 abitanti.

Lo stipendio assegnato è di lire 2280, lorde, oltre il 50 % sulle tasse di operazione e sui proventi di ambulatorio.

« Al Primario non è concesso di assumere o « di conservare qualsivoglia incarico retributivo « od onorario per prestazioni sanitarie presso « altri istituti ospedalieri, case di cura, ambulatori. Inoltre, nè direttamente nè indirettamente « potrà impiantare od usufruire in qualsivoglia « modo di apparecchi di elettromedicina, dovendo in ogni caso servirsi ed appoggiare gli impianti dell'ospedale ».

Gli Assistenti dell'Ospedale Maggiore di Novara hanno redatta una protesta, perchè il titolo della libera docenza venne incluso fra i documenti essenziali del concorso, indirizzandola all'Ordine dei Medici della Provincia; ed il Consiglio ha dato a me l'incarico di richiamare ancora una volta l'attenzione dei Colleghi ospedalieri, affinchè sia definitivamente risolta la questione di un regolamento unico, il quale regoli i rapporti fra le amministrazioni degli ospedali ed i sanitari, per quanto riguarda i concorsi al posto di primario e di assistente, i limiti d'età, la durata in carica, gli stipendi e le percentuali sugli atti operativi e sulle visite mediche.

Un ordine del giorno, votato nel 1921 dal Consiglio dell'Associazione dei Medici Ospedalieri della Provincia di Novara, fu presentato dallo scrivente al 7° Congresso Nazionale dei Medici Ospedalieri, così concepito:

1) La presa in considerazione della necessità di stabilire un capitolato unico per gli ospedali, divisi in categorie, esclusi però i piccoli ospedali, complemento di condotta.

2) La nomina di una Commissione che debba riferire sulle questioni inerenti al capitolato unico:

a) Durata della carriera dei primari e degli assistenti.

b) Nomina dei primari, degli assistenti ai vari gradi; modalità dei concorsi, limite di età, formazione delle commissioni esaminatrici.

c) Percentuale dovuta ai primari ed agli assistenti per le cure ai paganti.

d) Assicurazioni contro gli infortuni professionali, dipendenti da cause di servizio e contro le responsabilità civili.

e) Stipendi dei primari e degli assistenti.

f) Pensioni dei primari e degli assistenti.

g) Partecipazione ai Consigli di Amministrazione di ciascun ospedale di almeno un rappresentante del corpo medico rispettivo, scelto fra un medico dell'Associazione dei Medici Ospedalieri; e dove esistono commissioni interne o deleghe presso le Amministrazioni, ne faccia parte un medico dell'Associazione dei Medici Ospedalieri.

h) La riunione in uno stesso ente, sotto un'unica direzione, di tutte le opere pie aventi funzioni ospedaliere.

Il prof. Cignozzi, chirurgo primario dell'Ospedale di Grosseto, aveva pubblicato sull'*Avvenire Sanitario*, n. 45, 17 novembre 1921, un articolo intitolato: « Capisaldi generali dei regolamenti ospedalieri », per il 7° Congresso Nazionale dei Medici Ospedalieri, tenutosi in Roma il 26 novembre 1921.

In seguito venne fatta anche dallo scrivente la proposta alla Federazione degli Ordini, di riprendere la discussione su tale argomento, al Congresso del 1923; e perciò scrisse un articolo sul regolamento ospedaliero unico, comparso nel bollettino della Federazione, n. 7, anno 1923, e presentò il seguente ordine del giorno:

Il 9° Congresso federale degli Ordini dei Medici fa voti che il Governo riunisca in uno stesso ente, sotto un'unica direzione amministrativa, tutte le opere pie di una stessa città, aventi funzioni ospedaliere, e con una legge analoga a quella dei Manicomi, regoli i rapporti tra le amministrazioni ospedaliere ed i sanitari, per quanto riguarda le norme dei concorsi, la durata in carica, gli stipendi, le pensioni, l'assicurazione sugli infortuni, ecc.; tenendo conto dell'importanza dei diversi ospedali, divisi in categorie, secondo la loro sede e la loro potenzialità.

Disgraziatamente non si potè mai conchiudere nulla in proposito e per lo scarso numero dei

medici ospedalieri, che intervenivano ai Congressi della Federazione degli Ordini, e per l'apatia stessa di tale categoria di medici, i quali non hanno mai voluto o non furono mai in grado di costituirsi in una organizzazione potente e fattiva come quella dei Medici Condotti.

Il Direttorio del Sindacato Nazionale Medico Fascista ha preso in esame tale difficile questione, ed i medici ospedalieri attendono con fiducia che vengano stabilite delle norme definitive, che regolino la loro carriera negli ospedali, tenendo conto della diversa importanza, ed eliminando le disparità che esistono fra provincia e provincia, e fra città della stessa provincia.

Allora non si assisterà più ai dolorosi episodi di primari, che sono vicini ai 65 anni, e brigano per ottenere dalle relative Amministrazioni, con l'appoggio di autorevoli persone, la riconferma in carica, pure avendo terminato il loro periodo, cagionando un arresto nella carriera di assistenti abili e colti, i quali hanno ritardata, per tale ingiustizia, la nomina al primariato.

Stabilite le norme di concorso nei diversi ospedali, di capoluogo di provincia e di provincia, secondo la loro importanza, si darà un giusto valore anche al titolo della libera docenza, e non si escluderanno di proposito i giovani assistenti, i quali hanno fatto la loro carriera negli ospedali, dimostrandosi per valentia e per coltura idonei a concorrere al posto di primario, anche se non sono forniti del titolo della libera docenza.

Infine nei piccoli ospedali, diretti da medici condotti, non accadrà più di assistere al caso della minacciata applicazione di certe tavole di fondazione, venerande per la polvere di parecchi secoli, le quali obbligano il medico a pagare il chirurgo, allorquando questi viene richiesto per un atto operativo di una certa importanza.

Al Direttorio del Sindacato Nazionale Medico Fascista porgo l'augurio cordiale della soluzione dell'importante problema, perchè in tal modo si meriterà la riconoscenza dei medici ospedalieri, i quali da molto tempo invano attendono che sia legalmente disciplinata la loro carriera, sottraendola all'arbitrio delle relative Amministrazioni degli Ospedali.

Dott. CESARE PROVERA
Chir. Dir. dell'Ospedale S. Rocco - Intra (Novara).

NOTA. Sarò grato ai Colleghi, medici condotti, direttori di piccoli ospedali, ai medici ospedalieri, i quali mi vorranno fornire dati relativi alla nomina dei primari, degli assistenti, alla durata in carica, agli stipendi, alle percentuali sulle tasse operatorie, sulle visite e medicazioni ambulatorie, alle pensioni, alle assicurazioni, secondo i propri ospedali.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio d'Amministrazione della Sanità sotto la presidenza dell'on. Bianchi.

Presieduto dall'on. M. Bianchi, si è riunito al Ministero dell'Interno il Consiglio di amministrazione del personale della Sanità Pubblica per la applicazione del Regio Decreto 3 novembre 1927, n. 2208, che apporta sensibili miglioramenti di carriera al personale stesso.

In dipendenza di tale applicazione, numerose promozioni hanno avuto luogo nel ristretto personale appartenente ai ruoli tecnici predetti, e in particolare:

Nel ruolo dei medici, numero 5 promozioni a ispettori generali medici e a delegato sanitario all'estero di prima classe; 12 a medico provinciale di prima classe; 18 a medico provinciale di seconda classe; 5 a medico provinciale aggiunto di prima classe;

Nel ruolo dei veterinari, numero due promozioni a ispettore generale veterinario di prima classe; numero 5 a veterinario provinciale di prima classe; numero 10 a veterinario provinciale di seconda classe; numero 7 a veterinario di confine e di porto di prima classe;

Nei ruoli del Laboratorio Batteriologico e Chimico: numero 2 promozioni a ispettore generale; numero 3 a coadiutore di prima classe; numero 1 a coadiutore di seconda classe; numero 1 a primo assistente.

Vengono inoltre nominati i titolari ai tre nuovi posti di applicato tecnico di sanità e al materiale profilattico.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALGHERO (*Sassari*). — Scad. 15 lug.; L. 8500 e 4 quadrienni dec., addizion. L. 5 oltre i 1000 pov., c.-v., età lim. 45 a.

ANDRETTA (*Avellino*). — Scad. 31 lug.; L. 8000; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15.

ASCOLI PICENO. — 1ª cond. urbana; scad. 10 ag.; tassa L. 50.15; doc. a 3 mesi dal 20 giu.; età lim. 35 a.; stip. L. 7500 oltre L. 500 indenn. laurea, L. 1000 indenn. forese; 10 bienni ventes.; indennità addizion. oltre il 25 % della popolaz.

BARI. *R. Prefettura.* — Uff. san. del Consorzio obbligatorio Alberobello-Locorotondo; abitanti 17.612, superf. Ha. 8781; L. 15.000 e 4 quadrienni decimo, divieto libero esercizio tranne consulenze; titoli ed esami; età limite 45 a. Scadenza ore 12 del 5 ag.

BALZORANO (*Aquila*). — Scad. 25 lug.; L. 9500 oltre L. 500 uff. san., L. 3000 cavalc.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15.

BARREA (*Aquila*). — Proroga 15 lug.

BORMIDA (*Savona*). — Scad. 25 ag.; L. 8900 e 10 bienni ventes.; L. 500 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15.

CASTELFIDARDO (*Ancona*). — 1ª cond.; proroga 15 lug.

CATANIA. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari per Acicastello, San Cono, a L. 5000 ciasc.; Belpasso, Misterbianco, Ramana, a L. 7000 ciasc.; Paternò, a L. 10.000, 4 quinq. dec.; scad. 15 lug.; titoli ed esami.

CAMPOLONGO MAGGIORE (*Venezia*). — Scad. 31 lug.; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; L. 1000-3000 trasp.; L. 800 se uff. san.

CANDELA (*Foggia*). — Scad. 5 ag.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15.

ELSANF (*Istria*). — Scad. 15 lug.; L. 8500 e 4 quadrienni dec.; riconoscim. servizi precedenti; L. 2000 obbligo mezzo trasp.; c.-v.; L. 1000 aumentabili se uff. san.; tassa L. 50.15.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Medico assistente specialista per i reparti dei Tubercolosi a Careggi; età mass. 30 a.; L. 5000 (*sic*) e c.-v.; scad. ore 17 del 25 lug.; doc. poster. al 24 giu. (*sic*); serv. entro 15 gg.

FOLIGNO. *Congregaz. di Carità.* — Due aiuti med.-chir. nell'Ospedale; L. 5000; titoli; età lim. 30 a.; scad. 30 gg. dal 25 giu.; doc. a 3 mesi; serv. entro 15 gg.; alloggio.

GALEATA (*Forlì*). — Scad. 31 lug.; 1ª cond.; L. 11.000 e 10 bienni ventes., L. 2000 trasp., c.-v. L. 720 per i coniugati; età lim. 35 a.; tassa lire 50.10.

GAGLIANO CASTEFERRATO (*Enna*). — Scad. 31 lug.; L. 10.000 e 4 quinquenni dec., L. 500 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15.

GRANDOLA (*Como*). — Scad. 20 lug.; L. 9000, oltre L. 900 uff. san., L. 500 ambul.; tassa L. 50.15.

IDRO (*Brescia*). — Scad. 15 lug.; consor.; lire 10.000 e 6 quinquenni dec., L. 3000 trasferta, L. 800 alloggio, L. 600 uff. san., c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15.

LA SPEZIA. *Amministraz. Provinc.* — Due posti nel Laborat. Provinc. d'Igiene e Profilassi; scad. 15 lug.; v. fasc. 22.

MONTESANO (*Lecce*). — Scad. 30 lug.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; per uff. san. L. 500.

MONTE ISOLA (*Brescia*). — Scad. 31 ag.; lire 10.000 e 6 quinquenni dec.; L. 500 uff. san.; c.-v.; alloggio gratuito; tassa L. 50.15.

MODENA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e capo dell'Ufficio d'igiene del Comune di Carpi; al 31 lug. ore 18; titoli ed esami; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 25 mag.; tassa L. 50.20.

MODICA (*Ragusa*). — Scad. 15 lug.; L. 11.000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 1000 indenn. di capo dell'ufficio d'igiene municipale, con espresso divieto di esercizio professionale.

NAPOLI. *Istituto di Elettroterapia e Radiologia Medica della R. Università.* — Assistente. Scad. 13 luglio. Età lim. 35 a. Tassa L. 50. Chiedere condizioni alla direzione (S. Andrea delle Dame 2).

NOGAROLE VICENTINO (*Vicenza*). — Scad. 31 lug.; L. 10.000 e 6 quadr. dec., L. 2000 trasp., L. 400 uff. san.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15.

NUORO. *Ammin. Provinc.* — Direttore ed assistente della Sez. Med.-Micrograf. dei Laboratori Provinc. d'Igiene e Profilassi. Proroga 15 lug.

ORISTANO (*Cagliari*). — Due condotte; L. 9000 e L. 10.000; un c.-v.; quinquenni dec.; per la 2ª cond. indenn. trasp. L. 1500. Tassa L. 50.15. Scad. 1 mese dal 24 giu.

OZZANO MONFERRATO (*Alessandria*). — Con Treville. Scad. 15 lug.; L. 7000 (*sic*) e 4 quinquenni dec.; trasp. L. 2000; uff. san. L. 800.

PAMPARATO (*Cuneo*). — A tutto 15 lug.; v. fascicolo 23.

PARODI LIGURE (*Alessandria*). — Scad. 15 lug.; 1ª cond.; L. 7000 e 4 quinq.; trasp.; uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50 80.

PORTOBUFFOLÈ (*Treviso*). — A tutto 31 lug. pel consorzio con Ghirano di Prata; stip. ed assegni L. 13.000, più c.-v. Ab. 2500. Pianura. Tassa L. 50.10.

PREMOSALLO (*Novara*). — Scad. 16 lug.; L. 8000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san., lire 1000 indenn. alloggio; età lim. 45 a.; tassa lire 50.15.

RONCONE (*Trento*). — Scad. 25 lug.; 2 com.; L. 8500 e 5 quadrienni, c.-v., L. 3000 cav., L. 850 uff. san.

SALERNO. *Amministr. Provinc.* — Coadiutore ed assistente presso la Sez. med.-micrograf. del Laboratorio Prov. d'Igiene e Profilassi; L. 11.500 e L. 9500, aumentabili a L. 15.700 e L. 13.700, oltre supplem. serv. att. in L. 2800 e L. 2100; c.-v.; età lim. 35 a.; scad. 8 ag. Rivolgersi Segreteria. Titoli ed esami.

SALSOMAGGIORE (*Parma*). — 3ª condotta; proroga al 31 lug., ore 18.

S. MARINO. *Segreteria di Stato per gli Affari interni.* — Al 31 lug. condotta di Borgo Maggiore; L. 8000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 5000 indenn. condotta piena (temporanea), alloggio gratuito; L. 2500 cavalc.; docum. non anter. 3 mesi; laurea italiana; pensione.

S. PIETRO APOSTOLO (*Catanzaro*). — Scad. 31 lug.; L. 7500 e 5 quadrienni dec.; tassa L. 50.15.

S. PIETRO VERNOTICO (*Brindisi*). — Scad. 25 lug.; L. 8500 e quadrienni dec.; tassa L. 50.15.

SANT'AGATA FELTRIA (*Pesaro-Urbino*). — 1º Reparto; proroga 15 lug.

SAVONA. *Amministr. Provinc.* — Direttore Sez. Medico-Micrograf. Laborat. Provinc. d'Igiene e Profil.; L. 15.000 oltre L. 2800 serv. att.; età lim. 45 a.; tassa L. 50. Scad. ore 18 del 15 sett.

SPOLETO (*Perugia*). — A tutto 31 lug., per Vallo di Nera; L. 9000 oltre L. 600 serv. att., c.-v., L. 500-2000-4000 trasp.; età lim. 35 a.; tassa lire 50.10; docum. non anter. 30 apr.

TORRACA (*Salerno*). — Uff. san. Stip. L. 7000, oltre L. 500. Scad. 15 luglio.

TRENTO. — Scad. 14 lug.; condotta per Meano; L. 8500 oltre L. 850 uff. san., L. 2200 alloggio, c.-v.

TREVISO. *Deputazione Provinciale.* — Proroga al 15 lug. V. fasc. 22.

TRIPOLI. — Direttore Dispensario Antitubercolare; scad. 15 lug.; v. fasc. 23.

VALLERMOSA (*Cagliari*). — Scad. 15 lug.; lire 8000 oltre L. 500 uff. san. e c.-v.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Aiuto nella Divisione Chirurgica 1ª ortopedia e infanzia; scad. 14 lug. Chied. annunzio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La Facoltà medico-chirurgica dell'Università di Roma ha proposto l'incarico dell'insegnamento delle malattie infettive al prof. Tommaso Pontano, primario medico negli Ospedali, ex-aiuto alla Clinica Medica, e quello dell'insegnamento di medicina operatoria al prof. Ermanno Fioretti, aiuto-volontario alla Clinica Chirurgica.

Ai due valenti studiosi, dei quali il primo appartiene alla nostra famiglia redazionale, i nostri rallegramenti cordialissimi.

Nella seduta del 30 giugno la Facoltà medica di Modena ha deliberato il trasferimento alla Cattedra di Clinica Ostetrica e Ginecologica (lasciata vacante dal decesso del compianto prof. Guzzoni degli Ancarani), del prof. Michele Bolaffio, già aiuto del sen. Pestalozza alla Clinica di Roma, e attualmente titolare nella R. Università di Cagliari.

Il prof. Lee Wallace Dean, di oto-rino-laringologia e chirurgia orale all'Università di Iowa, ha accettato la chiamata alla Cattedra di oto-rino-laringologia dell'Università di St. Louis.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Pavia.

Costituzione, abito e tubercolosi.

Lezione del prof. A. FERRATA.

Per iniziativa del Sindacato Medico Fascista di Pavia, si è iniziato l'8 giugno un ciclo di lezioni sulla tubercolosi per i medici condotti della Provincia di Pavia.

Ha tenuto la prima lezione, nell'Aula della Clinica Medica il prof. Adolfo Ferrata, direttore della Clinica Medica Generale, svolgendo il tema « Costituzione, abito e tubercolosi ».

Il Ferrata passa in rassegna le idee a volta a volta dominanti sull'ereditarietà della tubercolosi; mentre un tempo si riteneva che venisse ereditato il germe, come avviene per la sifilide, in seguito si ritenne che l'ereditarietà si limitasse ad una predisposizione dei figli di tubercolosi ad ammalare di tubercolosi (abito tisico): tale predisposizione sarebbe consistita nel fatto che il tubercoloso genera un soggetto che ha dati anatomici, fisiologici e costituzionali che predispongono all'attecchimento della tubercolosi. Si è poi ritornati alla vecchia concezione dell'ereditarietà diretta della tubercolosi, modificata per altro nel senso della trasmissibilità del virus tubercolare, non del bacillo vero e proprio, in quante ricerche recenti condurrebbero alla conclusione che è vero che il bacillo tubercolare è il germe specifico della tubercolosi, ma che esso non rappresenta che un aspetto transitorio della sua attività biologica: il germe della tubercolosi, infatti, appartiene alla classe dei virus filtrabili. Il problema della trasmissibilità della tubercolosi, pertanto, si impernia su quello della filtrabilità del virus tubercolare, e quindi molto più vasto è il problema di quanto non si creda comunemente.

In esperienze sugli animali, si è constatato che i filtrati di materiale tubercolare si comportano in modo diverso dei veri bacilli, dando luogo ora ad una forma di tubercolosi nodosa, ora ad una forma di cachessia progressiva e grave; in altri casi, gli animali presentano disturbi lievi e transitorî; talvolta si arriva al tubercolo; talvolta ancora non si trovano bacilli, ma il materiale reinoculato riproduce la tubercolosi con presenza di bacilli.

La ereditarietà diretta, si è concluso, è possibile, poichè si è dimostrato che il virus passa attraverso la placenta.

Nella pratica, per altro, questa possibilità difficilmente si verifica. Si sa infatti che i bambini nati da tubercolosi possono essere immuni dalla malattia, e, tolti dall'ambiente, crescere perfettamente sani, ed anzi più difesi degli altri contro l'attecchimento della tubercolosi, per umori difensivi che passano attraverso la placenta.

Ora ci si domanda: esiste un abito tubercolare? Si è pensato che l'abito tisico fosse l'espressione di una eredo-distrofia tubercolare. Possiamo affermare che ciò non è.

Le leggi dell'ereditarietà ora le conosciamo bene. Quando noi parliamo di *costituzione*, intendiamo riferirci a quello che l'individuo è nel momento in cui noi lo vediamo, più che di costituzione, è meglio parlare di *personalità clinica*, che è la risultante di fattori ereditarî, fissi ed immutabili, e di fattori condizionali, che sono in rapporto alla vita intrauterina, al parto, all'ambiente, alle malattie a cui l'individuo può essere andato soggetto. Per quanto riguarda la tubercolosi, più che i fattori ereditarî hanno importanza i fattori condizionali: il periodo puberale ha per il Ferrata un grandissimo valore.

Il Ferrata accenna poi alla distinzione che comunemente si fa dei vari tipi morfologici: il nor-

motipo, e le sue deviazioni: il longilineo o microsplancnico e il brevilineo o macrosplancnico. L'uno e l'altro di questi due ultimi tipi andrebbero soggetti a determinate malattie. Per quanto riguarda la tubercolosi, il longilineo va soggetto specialmente alla forma polmonare, il brevilineo a quella delle ghiandole, delle ossa, delle sierose: questo è quello che si dice.

Sta invece il fatto che i longilinei ammalano di tubercolosi polmonare più degli altri, ma non molto di più; il problema della predisposizione alla tubercolosi va invece impiantato su altre basi.

La guerra e gli esperimenti di colonizzazione hanno dimostrato che se viene importata la tubercolosi ove è sconosciuta, la malattia compie delle vere stragi, assumendo con predilezione l'andamento della miliare. Ora si sa che nei bambini la tubercolosi più facilmente che nell'adulto decorre come miliare, mentre in questo tende a localizzarsi: fra i due fatti esiste quindi un parallelismo: l'attecchimento della tubercolosi in forma acuta là dove la tubercolosi è sconosciuta è dovuta al fatto che non si sono mai verificati fenomeni di adattamento e di immunizzazione.

La cognizione dell'abito per altro non si può del tutto abbandonare, quantunque modificata profondamente da quanto si pensava in passato: il longilineo è in genere un iponutrito (tale è la sua caratteristica), e sotto questo punto di vista è più facilmente predisposto alla tubercolosi, e di questa malattia alla varietà polmonare, per l'ipoplasia cardiovasale, che induce irregolarità di circolazione polmonare, e per la speciale struttura della gabbia toracica: entrano in gioco anche fattori endocrini, in quanto il longilineo predisposto alla tubercolosi è certamente un iperpituitario, un ipotiroideo, e un ipogenitalico: trattasi di soggetti di scarso vigore, e quindi poco resistenti alla tubercolosi.

L'organismo nell'accrescimento trova ragioni di maggiore morbilità, per disarmonie insorgenti. Il fattore pubertà, come già si è accennato, ha per il Ferrata una grande importanza, per le modificazioni intercorrenti che possono plasmare il soggetto, e ciò più nella femmina che nel maschio, per la maggior rapidità dell'intervento in quella: possono iniziare in quell'epoca i più svariati disturbi, e a quell'epoca può attecchire il germe della tubercolosi.

Dal punto di vista della terapia, si possono correggere con adatti preparati opoterapici le disarmonie endocrine nei soggetti longilinei durante l'accrescimento, e per ciò che si riferisce strettamente alla tubercolosi, la lotta dev'essere diretta essenzialmente contro il contagio diretto.

Per il Ferrata, la vaccinazione è destinata a buoni successi.

Alla lezione assisteva numeroso pubblico, composto di medici condotti della Città e della Provincia, e di studenti, i quali alla fine hanno calorosamente applaudito l'oratore.

Dott. ALESSANDRO ESPOSITO.

Da Trieste.

Il Congresso dell'Associazione Medica Triestina.

Il 9 marzo a. c. nell'aula della Biblioteca dell'Ospedale Regina Elena, l'Associazione Medica ha tenuto il suo Congresso generale.

Il presidente dott. Gusina ha fatto la cronistoria degli eventi che nell'anno sociale testè trascorso hanno maggiormente toccato l'Associazione; ha commemorato in quest'occasione i dottori Emilio Orlandini, Guglielmo de Pastrovich, Augusto Poliak e Federico Rode, decessi in breve lasso di tempo; quindi ha comunicato le dimissioni di tredici soci deplorando queste perdite ed augurandosi di vedere rientrare i dimissionari nell'Associazione. Il dott. Gusina ha poi dato un breve riassunto dell'attività scientifica veramente notevole del sodalizio; ventiquattro conferenzieri hanno discusso problemi altamente interessanti; troviamo tra questi alcuni eletti clinici i prof. Gabbi, Aldo Luzzatto e Cova. Il dott. Gusina infine ha comunicato che fra giorni sarebbe uscito il Bollettino dell'Associazione con l'esteso resoconto della vita scientifica della Società nel biennio 1926-1927.

Subito dopo ha preso la parola il dott. Lang, segretario del Sindacato Medico Fascista, per illustrare la sua proposta, già precedentemente avanzata, d'inquadrare l'Associazione Medica Triestina quale organo parasindacale nel Sindacato. Ha risposto il presidente dott. Gusina dichiarando che la direzione, compresa della grande importanza di tale atto, proponeva di accettare l'invito del Segretario del Sindacato. La proposta è stata approvata entusiasticamente per acclamazione.

Quindi il dott. Gusina ha esposto in un esteso discorso le ragioni per le quali egli intendeva lasciare la carica di presidente dell'Associazione. Dopo aver ricordato che ha appartenuto per ben 37 anni alla Direzione di questa Società ha spiegato: « Da buon soldato che ha finita la sua campagna mi ritiro perchè ritengo che forze più giovani con lo zelo e la volontà che è propria di uomini non ancora avanti nella maturità, ed al tempo in cui viviamo, potranno, anzi dovranno imprimere all'Associazione un ritmo più celere. Troppe occupazioni mi impedivano di darle quell'impulso di cui essa abbisogna e che giustamente le compete. Di fronte a ciò un solo vanto: quello di avere fedelmente servito. Lascio l'incarico onorifico ai miei successori, trasmettendo loro una gestione sociale ordinata ed attiva, dopo avere ultimamente promossa la ripresa del « Bollettino sociale » e dopo aver avviata l'Associazione stessa verso l'inquadramento nel partito. Giudicate voi la mia opera, che fu modesta, ma sempre improntata all'amore profondo per questo centro di studio, cui con fervore e con sincerità d'intendimenti, ho dato la mia attività direttiva in quasi un quarantennio. Rientrando nei ranghi, fedele e disciplinato milite, io auguro alla nuova Direzione,

che avrà il suffragio dell'Assemblea, di raggiungere mete ambite e più alte che segnino giorni ognor più gloriosi a questo amato e fiorente sodalizio ».

Cessati gli applausi il prof. Vissich ha preso la parola per ricordare le benemerenze del dott. Gusina che dedicò la parte migliore di sè alla prosperità dell'Associazione, ed ha proposto che il dott. Gusina venga nominato socio onorario; il che è stato approvato per acclamazione.

Poichè col Presidente si è presentata dimissionaria tutta la Direzione si è proceduto alle elezioni per la nuova presidenza. Alla votazione sono risultati eletti all'unanimità: Presidente: dott. Attilio Cofler; vice-presidente: prof. dott. Oscar Oblath; secondo vice-presidente: dott. Emilio Comisso; consiglieri: dott. Enrico Ferrari, dott. Umberto Mestron, prof. dott. Arrigo Ravenna, dott. Ernesto Roncalli; revisori effettivi: dott. Guido Mann, dott. Romolo Liebman; revisori sostituti: dott. Decio Fabricci, dott. Amerigo d'Este; consiglio degli arbitri: prof. dott .Emanuele Freund, dott. Lamberto Gladulich, dott. Giulio Grandi, dott. Ferruccio Grego, dott. Rodolfo de Grisogono, dott. Italo Levi, dott. Miro Mitrovich, prof. dott. Carlo Ravasini, dott. Giovanni Saitz.

Dopo brevi parole di ringraziamento del nuovo presidente primario dott. Cofler, il Congresso è stato chiuso.

T.

Da Catania.

Il prof. Della Volta, titolare di medicina legale, dinanzi i soci del Gruppo Catanese della Società Italiana di Sessuologia, ha letto in due sedute una lunga relazione « *Sul reato di contagio di sifilide o di malattia venerea nel progetto preliminare di un nuovo codice penale* ». Egli ha esaminato i fondamenti bio-sociologici del fenomeno della trasmissione delle malattie sessuali, ha esposto uno studio comparativo delle legislazioni vigenti in altre Nazioni; ha discusso l'art. 586 dell'avamprogetto del nuovo Codice Penale Italiano, approvando incondizionatamente lo spirito informatore di questa legge che andrebbe per altro secondo l'O. ulteriormente elaborata, da un lato meglio circoscrivendone i confini, dall'altro integrandola con norme collaterali così da adeguarla alla gravità del fenomeno che dovrebbe arginare.

Dopo un'ampia discussione è stato emesso il voto che anche in Italia sia resa obbligatoria la cura delle malattie veneree e sifilitiche con sanzioni punitive per i trasgressori. Insieme ad esso sono stati formulati altri voti contenuti in un ordine del giorno trasmesso alla Presidenza della Soc. It. di Sessuologia.

A. T.

NOTIZIE DIVERSE.

Società Italiana di medicina interna.

Il XXXIV Congresso della Società Italiana di Medicina interna avrà luogo in Roma nei giorni dal 12 al 15 ottobre del corrente anno.

Oltre ai temi precedentemente annunziati, sarà all'ordine del giorno dei lavori il tema: « Lesioni cardiache in rapporto al servizio militare » che verrà svolto dal maggiore medico dott. Giuseppe D'Ambrosio della Sezione di Medicina militare e coloniale del Congresso stesso.

Per informazioni e schiarimenti rivolgersi al Segretario della Società, prof. Giuseppe Sabatini, R. Clinica Medica (Policlinico), Roma.

Congressi medici di Roncegno.

Alla presenza delle Autorità civili, militari e fasciste della Provincia e di circa 150 Congressisti convenuti da tutte le parti d'Italia ebbe luogo il 17 giugno l'apertura ufficiale del V Congresso della Società di Sessuologia, Demografia ed Eugenica, della XIV Riunione dell'Associazione Professionale dei Dermosifilografi Italiani e del II Congresso dell'Associazione Ultravioletta Italiana.

La cerimonia d'apertura fu tenuta nel grandioso salone dello stabilimento balneare festosamente addobbato per l'occasione. Al tavolo della Presidenza sedevano il prof. Viola, il vice-prefetto comm. Bevilacqua, il podestà di Roncegno, i proff. Baglioni, Piccardi e Spolverini come presidenti dei tre Congressi. Pronunciarono patriottiche parole di saluto, ringraziamento, plauso e augurio, il presidente onorario prof. Viola, il rappresentante del Governo e della Provincia, il podestà di Roncegno. Il cav. dott. Porcelli di Livorno come segretario dei Congressi prelesse le numerose adesioni telegrafiche ed epistolari. A tutti risposero ringraziando i rappresentanti delle tre Riunioni, illustrando ciascuno sommariamente le finalità pratiche e scientifiche delle discipline mediche da loro rappresentate.

La bella, suggestiva adunata si chiuse con una dotta comunicazione del clinico di Bologna, da lunghi anni medico dello stabilimento, prof. Viola, sull'uso e sull'azione terapeutica delle acque di Roncegno come bibita e bagni.

Si passò quindi allo svolgimento del programma.

Conferenza internazionale per il campionamento biologico dei medicinali.

Dal 15 al 28 aprile si è adunata a Francoforte sul Meno, nella Speyer-Haus, la 3ª conferenza internazionale per la standardizzazione biologica di alcuni medicinali, convocata dal Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni. È stata divisa in due sezioni: 1° sieri; 2° medicinali dosabili biologicamente.

Le decisioni adottate, analogamente a quelle delle conferenze anteriori, non hanno per ora carattere obbligatorio: costituiscono delle racco-

mandazioni. Diverranno obbligatorie quando la Società delle Nazioni avrà riuniti i rappresentanti dei governi aderenti, per redigere un protocollo ufficiale. Per ora ogni Nazione resta libera di adottare un campione che si avvicini più o meno a quello internazionale. In merito alle decisioni più notevoli, per il lobo posteriore dell'ipofisi la Conferenza non ha mantenuto il titolo fissato dalla precedente Conferenza di Edimburgo in 5 cg. di sostanza fresca iniettabile, ma ha definito una « unità ipofisaria » uguale a mg. 0,5 di questo campione internazionale. Per la digitale ed i preparati digitalici si è consigliato di esprimere il valore in unità che rappresentino 1 cg. del campione internazionale. Per gli arsenobenzoli si è convenuto che ogni Paese può adottare un tipo proprio di neosalvarsan di cui la tossicità e l'attività tripanocida sperimentale siano riferite al campione internazionale. Malgrado la difficoltà e la lunghezza che s'incontrano nella determinazione dell'attività spirocheticida col metodo Hale, la Conferenza ha proposto che venga eseguita insieme alla determinazione dell'attività tripanocida.

In margine alla conferenza hanno avuto luogo ricevimenti, pranzi, visite a stabilimenti industriali, ecc.

Riunione malariologica della Società delle Nazioni.

Dal 25 al 28 giugno si è adunata a Ginevra la Commissione malariologica della Società delle Nazioni, sotto la presidenza del dott. Alberto Lutrario. L'Italia era rappresentata anche dai proff. Vittorio Ascoli, Alberto Missiroli, Donato Ottolenghi, dal dott. Antonio Labranca e dall'ing. Bonamico. È stata messa in piena luce l'organizzazione antimalarica italiana. Sono stati esposti gli studî e le inchieste in corso. Si è discusso il programma d'azione ulteriore. Riferiremo prossimamente sui lavori della Commissione.

Congresso internazionale di sessuologia.

Dal 10 giugno al 5 luglio si è svolto a Copenaghen un Congresso internazionale della « Lega per le Riforme Sessuali », fondato da Auguste Forel (Yvorn), Havelock Ellis (Londra), Magnus Hirschfeld (Berlino) e Margaret Sanger (New York).

Sono state presentate relazioni da Hirschfeld (Riforme sessuali), Dora Russel (Educazione sessuale), Leunbach (Limitazione delle nascite) e Pasche-Oserki (Legislazione penale e sessualità).

Per gli atti del Congresso e per adesioni alla lega rivolgersi al segretario generale, dott. J. H. Leunbach, Stockholmsgade 39, Copenhagen (Danimarca).

Associazione Americana per lo studio dei frenastenici.

Ha tenuto il suo convegno annuo dal 31 maggio al 2 giugno ad Atlantic City, sotto la presidenza di Edward R. Johnstone. Il convegno venne consacrato in specie agli aspetti pratici del problema della frenastenia, studiato nei riguardi patologici, psicologici, profilattici, sociali, amministrativi e giuridici.

All'Accademia medica di New York.

L'Accademia Medica di New York ha acquistato, per 185.000 doll. (pari ad oltre 3 malioni e mezzo di lire it.), una collezione di libri rari di medicina, raccolti, nel corso di un ventennio, dal dottor Edward Strecker di Boston e poi passati in proprietà del dott. Abraham S. Wolf Rosenbach. La collezione comprende 83 incunabuli pubblicati prima del 1501, un manoscritto alluminato dell'opera di Guy de Chauliac, datante dal XIII secolo, ecc. È ricca di 1700 volumi. La Fondazione Rockefeller ha concorso nell'acquisto con 85.000 doll.; da più parti si sono avute varie altre somme; tutti gli impiegati della biblioteca hanno voluto concorrere con modeste somme alla sottoscrizione. Nel prossimo autunno verrà fatta un'esposizione della raccolta Strecker.

Centri anticancerosi in America.

Il Commissario per l'igiene di St. Louis, dott. Starkloff, ha annunziato che è allo studio un progetto per istituire nella città dieci centri anticancerosi, i quali avranno scopi diagnostici.

Di recente si è svolta a St. Louis una « settimana del cancro »; furono tenute conferenze dai proff. S. C. Bloodgood e E. S. Cullen, dell'Università Johns Hopkins.

Un lebbrosario a Parigi.

Si computa che a Parigi vivano un centinaio di lebbrosi, per lo più ex militari, che hanno contratto la malattia nella colonia francese dell'Indocina, altri che l'hanno contratta in Francia, in seguito a contatti con lebbrosi. Il Sovrano Ordine di Malta ha provveduto a costruire, per ricoverarli, un apposito padiglione nell'Ospedale di San Luigi per dermopatie. L'inaugurazione ebbe luogo il 25 giugno, con l'intervento di numerosi membri dell'Ordine. Il principe Chigi, delegato del Gran Maestro, pronunziò un discorso ricordando i fasti dell'Ordine. Il sen. Cotard ringraziò, rilevando i benefizi che deriveranno dall'isolamento e dalla cura dei lebbrosi.

La radiotelefonia negli ospedali di Parigi.

Un grande quotidiano di Parigi ha fornito dieci apparecchi radio, con altoparlante, ai seguenti ospedali: Hôtel-Dieu, Pitié, Charité, Necker, Cochin, Lariboisière, Laënnec, Broussais, Boucicaut, Vaugirard.

Contro la cura obbligatoria delle malattie veneree in Inghilterra.

La Camera dei Comuni ha rigettato, con 156 voti contrari e 93 favorevoli, un progetto di leg-

ge proposto dalla Corporazione di Edinburgo, per rendere obbligatoria la cura delle malattie veneree (sifilitiche e blenorragiche). Alla discussione presero attiva parte alcuni medici deputati: Little e Salter in senso contrario, Shiels in senso favorevole al progetto.

Aumenti di stipendio a professori universitarî.

Il 15 maggio il Consiglio amministrativo della Università di Yale (New Haven), annunziava che gli stipendi dei professori titolari sono stati elevati al minimo di 6000 dol. (circa 120.000 lire it.) e che quelli dei professori associati ed assistenti sono stati elevati di 500 dol. ciascuno (circa 10.000 lire it.). L'aumento globale di spesa importerà ogni anno 168.000 dol. (oltre 3 milioni di lire it.). Il Consiglio ha manifestato il proposito di portare ulteriori miglioramenti, non appena disporrà di fondi bastevoli, così da mettere la Yale a livello di altre Università americane.

Le imposte sui sanitarî negli Stati Uniti.

Il Senato degli Stati Uniti ha rigettato una proposta di legge che elevava l'imposta sui medici, dentisti e veterinarî. Successivamente ha stabilito che nel computo del reddito imponibile dei sanitarî si devono detrarre le spese cui questi vanno incontro per seguire i corsi di perfezionamento o partecipare ai Congressi. La Camera dei Rappresentanti ha ratificato queste decisioni, nelle quali ha avuto molta parte la campagna dell'Associazione Medica Americana.

Un comizio inglese contro Voronoff.

Un comizio che è probabilmente il primo nel suo genere, si è tenuto alla Caxton Hall in Londra per protestare contro gli innesti di ghiandole praticati dal dott. Voronoff e contro le buone accoglienze che varie organizzazioni scientifiche hanno fatto al chirurgo quando poche settimane fa si recò a Londra per farvi una conferenza.

Gli organizzatori del comizio, hanno definita la pratica di trapiantare le ghiandole scimmiesche in esseri umani come pericolosa, indecente e crudele. Essa segnerebbe il punto più basso della degradazione che la medicina abbia raggiunto.

Il dott. Bayle ha dichiarato che le idee e i metodi di Voronoff sono una grave minaccia alla razza umana. Le operazioni di V. sono una violazione della normalità, e il dottore ha protestato in particolare contro l'idea di innestare le ghiandole su ragazzi di 8-10 anni, per « allevare una nuova razza di genî ».

Nella stampa medica.

La « Zeitschrift für Narkose » è stata fondata dal prof. C. Gauss, direttore della Clinica ostetrico-ginecologica di Würzburg.

Mentre questo numero va in macchina, ci giunge la tristissima notizia che si è spento il sen. prof. LUIGI MANGIAGALLI. Dell'illustre Clinico diremo ampiamente in un prossimo numero.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

Seguito della PARTE SECONDA.

LE MALATTIE DEL SANGUE.

Leucosi.
Malattie dell'apparato mieloide.
Concetti generali.
Leucemia mieloide cronica.
Eziologia.
Sintomatologia.
Esame obbiettivo.
Anatomia patologica.
Diagnosi.
Policitemia.
Eritremia.
Sintomatologia.
Patogenesi.
Mielosi aleucemica.
Cloroma e cloroleucemia.
Mielomi.
Malattie dell'apparato linfatico.
Stato linfatico.
Leucemia linfatica cronica.
Sintomatologia.
Anatomia patologica.
Diagnosi.
Linfadenosi aleucemica (aleucemia linfatica).
Complesso sintomatico di Mikulicz.
Linfomatosi infettive.
Linfogranuloma maligno.
Anatomia patologica.
Micosi fungoide.
Linfosarcoma.
Casi clinici.
Leucosarcomatosi.
Leucemie acute.
Leucemia acuta mieloblastica.
Malattie dell'apparato reticolo-endoteliale.
Iperplasie e neoplasie dell'apparato reticolo-endoteliale.
Morbo di Gaucher.
Anatomia patologica.
Morbo di Pick.
Lipemia diabetica.
Degenerazione amiloide.
Malattie della milza.
Morbo di Banti.
Anatomia patologica.
Splenogranulomatosi siderotica.
Terapia
Diatesi emorragiche.
Malattia di Werlhof.
Studio del sangue.
Emofilia.
Sintomatologia.
La coagulazione del sangue nell'emofilia.
Diagnosi differenziale.
Porpore sintomatiche.
Morbo di Schönlein-Henoch.
Porpore sintomatiche nella setticemia.
Porpora fulminante.
Radioterapia delle leucosi.
Leucemia cronica.
Leucemia acuta.
Mielosi aleucemica.
Linfosarcoma.
Linfogranulomatosi.
Malattia di Mikulicz.
Eritremie.
Diatesi emorragiche e emofilia.
Appendice della terapia delle leucosi (casi clinici).
Alterazioni sintomatiche del sangue.
Malattie infettive.
Malattie dell'apparato respiratorio.
Malattie dell'apparato circolatorio.
Malattie dell'apparato digerente.
Malattie della nutrizione.
Malattie dei reni.
Malattie delle glandule a secrezione interna.
Osteomalacia.
Carcinoma.

PARTE TERZA.

METODICA DELLE RICERCHE EMATOLOGICHE.

Come si preleva il sangue.
Dosaggio dell'emoglobina.
Determinazione quantitativa dei globuli rossi.
Conteggio dei leucociti col metodo di Thoma-Zeiss.
Metodo di Fonio per il conteggio delle piastrine.
Esame microscopico del sangue.
Valore globulare.
Conteggio differenziale dei leucociti.
Determinazione della massa del sangue.
Metodi diretti.
Metodi indiretti.
Eliminazione delle sostanze coloranti colloidali iniettate per via endovenosa nell'organismo.
Determinazione quantitativa della concentrazione di colore nella circolazione.
Descrizione del colorimetro compensatore di Gosio.
Tecnica dell'iniezione endovenosa di colore.
Risultati e valore clinico della determinazione.
Il viscosimetro di Hess.
Nuovo viscosimetro secondo Determánn.
Determinazione del tempo di coagulazione e di emorragia.
Esame della resistenza capillare.
Determinazione della resistenza globulare.
Come si prendono i globuli rossi.
Esame della resistenza verso altri agenti.
Tecnica di Donath e Landsteiner per la determinazione della emolisina nell'emoglobinuria da freddo.
Tecnica della determinazione dell'emolisina nell'emoglobinuria nei malarici (Ghiron).
Esame dei corpuscoli sanguigni all'ultramicroscopio.
Determinazione del volume degli eritrociti.
Metodo della sedimentazione.
Metodi refrattometrici.
Trasfusione di sangue.
Esame per l'autoagglutinazione degli eritrociti.
Determinazione del peso specifico del sangue, del plasma e del siero.
La reazione del sangue.
Spettrofotometria.
Spettroscopia e spettrografia del sangue.
Spettroscopi tascabili.
Determinazione del colore del siero.
Determinazione della bilirubina nel siero di sangue.
Tecnica della reazione microchimica del ferro.
Determinazione della bilina nelle feci e nelle orine.
Ricerca nell'orina.
Ricerca nelle feci.
Determinazione quantitativa del fibrinogeno e della fibrina.
Reazione dell'ossidasi (reazione del bleu indofenolo).
Reazione del glicogeno.
Degenerazione grassa del protoplasma dei leucociti.
Sulla tecnica delle biopsie e autopsie.
Puntura della milza.
Puntura del midollo osseo.
Come si allestiscono i preparati istologici.
Colorazione vitale.
Linfocitosi adrenalinica.
Descrizione delle tavole.

Volume di pagg. XII-416 nel formato della Collana dei Manuali del *Policlinico*, con 49 figure nel testo e con 5 tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 68 più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. 60, in porto franco.

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia Postale all'editore LUIGI POZZI - Via Sistina 14 - Roma